

- Llame al 1-877-219-7770 o visite madrigalpatientsupport.com
- Envíelo por fax al 1-844-411-1177 o en línea en madrigalenrollmentHCP.com
- Envíe por fax las páginas 1, 2 y 3 (OBLIGATORIO)



1 Información y autorizaciones del paciente — *El asterisco indica la información obligatoria.

Nombre* _____ Apellido* _____
 Fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____ Sexo* M F
 Dirección* _____ N.º de apartamento _____
 Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Teléfono* _____ Móvil Particular ¿Permite que se le deje un mensaje detallado? S N
 Correo electrónico* _____ ¿Permite que se le envíen correos electrónicos? S N Representante legal (si hubiera) _____
 Teléfono del representante _____

Autorización del paciente para el apoyo al acceso (OBLIGATORIO para Madrigal Patient Support [MPS]). Consulte la sección 7 en la página 2 para obtener detalles de la autorización.

FIRME AQUÍ Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha* (OBLIGATORIA SI SE FIRMA) ____ / ____ / ____

Nombre en imprenta del representante autorizado: Nombre _____ Apellido _____
 Relación con el paciente _____ Teléfono del representante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Certificaciones del paciente Consulte la sección 8 en la página 3 para obtener detalles del consentimiento.

He leído el **Consentimiento para mensajes de texto** y otorgo mi consentimiento expresamente para recibir mensajes de texto de Madrigal.

FIRME AQUÍ Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha* (OBLIGATORIA SI SE FIRMA) ____ / ____ / ____

2 Información sobre el seguro del paciente (OBLIGATORIO) — (incluya copias del frente y del dorso de las tarjetas de farmacia o complete esta sección).

Nombre del seguro de prescripción	Póliza
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono del seguro
BIN de la receta	Grupo de la receta
	PCN de la receta

3 Información del prescriptor — *El asterisco indica la información obligatoria.

Nombre del prescriptor* _____ Apellido* _____
 Especialidad* _____ Nombre del establecimiento* _____ N.º de NPI* _____
 Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Nombre del contacto principal del consultorio* _____
 Teléfono de contacto del consultorio* _____ Ext. _____ Fax* _____ Correo electrónico del consultorio _____

4 Diagnóstico (OBLIGATORIO)

K75.81 (esteatohepatitis no alcohólica [NASH]) Prueba(s) de diagnóstico: FibroScan ELF Biopsia hepática MRE FIB-4
 Concuerda con F2. Concuerda con F3. Otra: _____

5 Rezdifra™ (resmetirom) Información de la receta — *El asterisco indica información obligatoria.

Peso del paciente (kg): (1 kg = 2,2 lb)	Receta de farmacia MPS clasificará los medicamentos recetados en una farmacia dentro de la red y/o la farmacia indicada por el pagador. Consulte la certificación del prescriptor a continuación.	Receta de puente comercial	<input type="checkbox"/> Autorizo la entrega de un suministro limitado de Rezdifra, según se indica en este formulario, a mi paciente que cuenta con un seguro comercial hasta que se apruebe la cobertura del seguro. Autorizo a Madrigal Patient Support a reenviar esta receta a la farmacia que dispensa el producto gratuito según Madrigal Bridge Program para el paciente mencionado en este formulario. Acepto ayudar en los esfuerzos para asegurar el acceso a Rezdifra para mi paciente con seguro comercial. Para conocer los criterios de elegibilidad completos de Madrigal Bridge Program, comuníquese con Madrigal Patient Support.
Concentración*	<input type="radio"/> Comprimidos de 100 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 80 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 60 mg	<input type="radio"/> Comprimidos de 100 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 80 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 60 mg	
Instrucciones de prescripción	<input type="radio"/> Tome 1 comprimido diario por vía oral con o sin alimentos	<input type="radio"/> Tome 1 comprimido diario por vía oral con o sin alimentos	
Cantidad*	<input type="radio"/> Suministros para 30 días Otro: _____	Suministro para 30 días	
Reposiciones*		3 veces	

Junto con dieta y ejercicio. Medicamentos concomitantes:

NKDA Alergias alimentarias/a medicamentos:

Firma del prescriptor (OBLIGATORIO)

FIRME AQUÍ _____ / ____ / ____
 Firma del prescriptor*: Entregar según lo escrito Fecha*

Consulte la información de prescripción para obtener información completa sobre la administración de la dosis.

FIRME AQUÍ _____ / ____ / ____
 Firma del prescriptor: Sustitución permitida Fecha

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el texto del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría hacer que se contacte al prescriptor.

6 Certificación del prescriptor

Al firmar este formulario, certifico que hasta donde tengo conocimiento (a) la persona mencionada en este formulario es mi paciente y que la información enviada está completa y es precisa; (b) la terapia anterior es médicamente necesaria para este paciente y para una indicación aprobada por la FDA; (c) he recibido la autorización por escrito de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 [HIPAA] y sus reglamentaciones de implementación), para proporcionar la información médica sobre el paciente en este formulario a Madrigal Patient Support, la farmacia dispensadora contratada u otros contratistas externos que trabajen en nombre de Madrigal Patient Support con el fin de solicitar apoyo de reembolso, ayudar a iniciar o continuar la terapia, para facilitar el surtido de la receta de mi paciente y evaluar, si corresponde, la elegibilidad del paciente para recibir asistencia al paciente u otros programas de apoyo; (d) el apoyo solicitado en nombre del paciente puede incluir la investigación de beneficios (BI), autorización previa (PA), apoyo para apelaciones, clasificación de SP, Madrigal Patient Assistance Program y/o información de copago.

Si corresponde, autorizo Madrigal Patient Support a realizar una investigación de beneficios para mi paciente y a actuar en mi nombre con el propósito limitado de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente

designada por el paciente según su plan de beneficios y, si esta receta no está designada, Madrigal Patient Support está autorizado a transmitir esta receta a una farmacia de la red que seleccione o a la farmacia indicada de otro modo.

Comprendo que cualquier producto gratuito distribuido a través de Madrigal Patient Support no depende de ninguna obligación de compra. También comprendo que no se puede presentar ningún producto gratuito para reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito puede venderse, intercambiarse ni distribuirse para la venta. Otorgo mi consentimiento para que Madrigal Patient Support me contacte por fax, correo o correo electrónico para proporcionar información adicional a Madrigal Patient Support y comprendo que Madrigal Patient Support puede revisar, cambiar o finalizar cualquier servicio del programa en cualquier momento sin previo aviso.

Certifico que he revisado los términos adicionales disponibles en <https://hcpverify.com/terms>, que son específicamente incorporados en el presente por referencia, y reconozco y acepto su aplicación y ejecutabilidad con respecto a esta certificación.

- Llame al 1-877-219-7770 o visite madrigalpatientsupport.com
- Envíelo por fax al 1-844-411-1177 o en línea en madrigalenrollmentHCP.com
- Envíe por fax las páginas 1, 2 y 3 (OBLIGATORIO)

7 Autorización del paciente para soporte de acceso

(HIPAA) Autorización del paciente para soporte de acceso:

Autorizo a mi(s) médico(s) y a su personal (en conjunto, "Proveedores de atención médica"), mi aseguradora de salud, programas o planes de salud que me brindan beneficios de atención médica (juntos, "Aseguradores de salud"), y cualquier farmacia especializada ("Farmacias Especializadas") que dispense mi medicamento a divulgar mi información médica personal u otra información médica, que pueden incluir información de contacto, información demográfica, información financiera y la información relacionada con mi afección médica, tratamientos y seguro médico y beneficios, a Madrigal Patient Support y sus respectivos socios, afiliadas, subcontratistas y agentes (en conjunto, "Madrigal"). Autorizo a Madrigal a recibir, usar y compartir mi información para brindarme acceso al producto, los servicios y los programas descritos en este formulario, que pueden incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para comprender o verificar la cobertura de productos Madrigal
- Inscripción en el Madrigal Patient Assistance Program (MPAP)
- Determinar mi elegibilidad para los servicios de ayuda financiera, incluida la ayuda con el copago, y facilitar mi inscripción en estos
- Coordinar mi receta a través de una farmacia. Esto incluye comunicarse conmigo para analizar mi cobertura, los costos y la elegibilidad para recibir asistencia y otros fines de administración del programa
- Facilitar mi acceso a los productos de Madrigal a través de la autorización previa para la cobertura y asistencia con las apelaciones de reclamaciones rechazadas para la cobertura
- Garantizar la calidad y seguridad, y mejorar nuestros productos y servicios

Entiendo que Madrigal puede eliminar la identificación de mi información y usarla para realizar investigaciones, con fines educativos, análisis de negocios, estudios de marketing o para otros fines comerciales, incluida la vinculación con otra información sin identificación que Madrigal recibe de otras fuentes. Entiendo que Madrigal puede compartir mi información, incluida la información médica que permite identificación, para eliminar los datos que permiten identificación con estos fines y según sea necesario para comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi consentimiento y aceptación, por mensaje de texto.

Una vez divulgada a Madrigal, es posible que mi información personal compartida en virtud de esta autorización ya no esté protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Sin embargo, Madrigal solo usará y compartirá mi información personal para los fines establecidos en esta autorización o según lo permita la ley.

Comprendo que no tengo que firmar esta Autorización, pero Madrigal no podrá prestarme los servicios sin ella y no podré inscribirme en Madrigal Patient Support. La decisión de mi parte de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento médico, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro, el acceso a beneficios de salud o productos de Madrigal. Sin embargo, entiendo que mi farmacia puede recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal y distribuir material de comercialización de conformidad con esta autorización.

Esta autorización es válida durante 18 meses a partir de la fecha en que se proporciona por última vez el apoyo, o hasta que la ley estatal local exija su vencimiento, o bien que yo la revoque antes. Tengo derecho a revocar (anular) esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a la siguiente dirección: Madrigal Patient Support, P.O. Box 7613, Overland Park, KS 66207. Si revoco esta autorización, dejaré de ser elegible para los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica, aseguradora de salud o farmacia especializada divulga mi información personal a Madrigal de forma autorizada y continua, mi revocación tendrá efecto con respecto a dicha parte divulgadora cuando reciba la notificación de mi revocación. Mi revocación no tendrá efecto sobre los usos y las divulgaciones de mi información personal que ya se hayan realizado en función de esta autorización.

Se puede encontrar más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos los derechos específicos que puedo tener como residente de determinados estados, en la política de privacidad de Madrigal (www.madrigalpharma.com/privacy).

Tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización.

- Llame al 1-877-219-7770 o visite [madrigalpatientsupport.com](https://www.madrigalpatientsupport.com)
- Envíelo por fax al 1-844-411-1177 o en línea en [madrigalenrollmentHCP.com](https://www.madrigalenrollmentHCP.com)
- Envíe por fax las páginas 1, 2 y 3 (OBLIGATORIO)

8 Certificaciones de pacientes

Me inscribo en el Madrigal Patient Support Program ("MPS") y autorizo a Madrigal Pharmaceuticals, Inc., sus afiliadas, agentes y proveedores de servicios ("Madrigal") a proporcionar apoyo en virtud de MPS, según se describe en este Formulario de inscripción y según se pueda agregar en el futuro. Dicho apoyo incluye comunicaciones y apoyo sobre medicamentos y adherencia, apoyo para la entrega de medicamentos, apoyo para la cobertura y asistencia financiera, información sobre enfermedades y medicamentos, y otros servicios de apoyo.

Si me inscribo en el apoyo de copago de Madrigal, comprendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia de especialidades designada junto con mi receta, y que cualquier asistencia con mi participación en los costos o copago correspondiente para Rezdifra™ (resmetirom) se realizará de acuerdo con los términos y condiciones de MPS.

Autorizo a Madrigal a verificar mi elegibilidad para Madrigal Patient Assistance Program (MPAP) y comprendo que esta verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información adicional financiera, sobre seguros y/o médica. Autorizo a Madrigal, en virtud de la Ley de Informes Crediticios Justos, a utilizar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial crediticio individuales provenientes de agencias de informes de consumidores, y que dicho acceso no afectará mi puntaje crediticio. Además, entiendo y autorizo a Madrigal a usar los informes de consumidores sobre mí y la información recopilada de mí, junto con otra información que obtenga de fuentes públicas y otras fuentes, para estimar mis ingresos junto con la elegibilidad para MPAP, si es necesario.

Comprendo que Madrigal Patient Assistance Program (MPAP) proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que reúnen los requisitos. La participación en MPAP es gratuita y MPAP no cobra ningún cargo a las personas que solicitan asistencia. Comprendo que el apoyo con MPAP depende de la capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad para el programa según lo determine MPAP. MPAP no tiene ninguna obligación de proporcionarme los servicios del programa y no es responsable de la prestación de estos servicios.

Comprendo que los pacientes con planes de seguro o empleadores que participan en un programa de financiamiento alternativo (también a veces conocidos como programas de defensa del paciente, redes de especialidades, SHARx, Paydhealth o Payer Matrix, entre otros nombres) que les exija solicitar un programa de asistencia al paciente del fabricante o buscar, de otro modo, cobertura de recetas de medicamentos especializados a través de un proveedor de financiamiento alternativo como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos Madrigal pertinentes, o que de otro modo deniegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga cualquier prestación o cobertura del seguro supeditada a la solicitud o denegación de elegibilidad para la cobertura de prescripción de medicamentos especializados a través del programa de financiación alternativo no son elegibles para el MPAP. Acepto informar a MPAP si soy miembro de dicho plan de seguro o si me postulo a MPAP en nombre de un paciente que es miembro de dicho plan de seguro. También comprendo que no se puede presentar ningún producto gratuito para reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito puede venderse, intercambiarse ni distribuirse para la venta. Si me aprueban para MPAP, no solicitaré que el valor de ningún medicamento que se me proporcione en virtud de este programa se tenga en cuenta para el costo real de bolsillo (TrOOP) de los medicamentos con receta de mi plan de la Parte D de Medicare. No solicitaré reembolso alguno por los productos entregados en virtud del programa. Notificaré al programa si cambia mi seguro o situación financiera. El programa puede cambiarse o interrumpirse sin previo aviso.

Reconozco que, al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto en la sección 1, otorgo mi consentimiento expresamente para recibir mensajes de texto de Madrigal o en nombre de este al número o a los números de teléfono móvil que proporciono. Entiendo que se pueden aplicar las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicios inalámbricos. Comprendo que puedo excluirme de los mensajes de texto futuros en cualquier momento siguiendo las instrucciones de exclusión que figuran en cualquier comunicación de mensajes de texto, y que puedo obtener ayuda para los mensajes de texto enviando un mensaje de texto con la palabra HELP al número proporcionado en cualquier comunicación de mensajes de texto. También comprendo que se me pueden proporcionar términos y condiciones adicionales por los mensajes de texto en el futuro como parte de un mensaje de texto de confirmación de suscripción voluntaria. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Acepto recibir, por correo, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi consentimiento anteriormente, por mensaje de texto, comunicaciones promocionales y de comercialización y otra información de Madrigal, incluidos recursos relacionados con salud y la información de la terapia (las "Comunicaciones"). Entiendo que Madrigal respeta mi información personal. Madrigal o terceros que trabajan en su nombre no venderán mi información personal. Si, en el futuro, deseo dejar de recibir Comunicaciones, puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento comunicándome con Madrigal por escrito a la dirección que figura en la sección 7 o cancelando mi suscripción a Comunicaciones.

Entiendo que Madrigal puede contactarme en caso de que yo informe un evento adverso. Comprendo que no tengo que inscribirme en MPS para recibir Comunicaciones y que puedo recibir Rezdifra™ (resmetirom) de todas formas según lo recetado por mi proveedor de atención médica. Puedo optar por no recibir Comunicaciones, servicios de apoyo individuales ofrecidos por MPS, incluido cualquier apoyo de copago, o renunciar por completo a MPS en cualquier momento notificándolo a un representante de MPS por teléfono al 1-877-219-7770 o enviando una carta a la dirección que figura en la sección 7. También comprendo que el apoyo proporcionado por MPS puede revisarse, cambiarse o finalizarse en cualquier momento.