

- Llame al 1-877-219-7770
- Envíe por fax al 1-844-411-1177

Apoyo necesario Investigación de beneficios necesaria para la cobertura de pruebas no invasivas para sospecha de EHNA

1 Información 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 ¿OK al mensaje de texto? S N
 Nombre del cuidador _____ Teléfono del cuidador _____

Autorización del paciente para el apoyo para pruebas no invasivas (OBLIGATORIA PARA APOYO DE MPS) (Consulte la sección 6 en para obtener detalles de la autorización).

Firma del paciente o del representante autorizado* _____ Fecha* ___ / ___ / ___
Nombre en imprenta del representante autorizado: Nombre _____ Apellido _____
 Relación con el paciente _____ Teléfono del representante _____ Fecha ___ / ___ / ___

2 Información sobre el seguro del paciente — Adjunte una copia de la(s) tarjeta(s) del seguro.

El paciente no tiene seguro Seguro comercial Medicare Medicaid Otro

Nombre del seguro: _____	Número de póliza: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___	N.º de grupo: _____

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

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

4 Solicitud de apoyo

Estoy buscando apoyo para confirmar mi cobertura de seguro del paciente de las pruebas no invasivas disponibles para confirmar la presencia de EHNA y la gravedad de la fibrosis hepática.

NIT a utilizar: _____

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

Solicitud de apoyo para pruebas no invasivas de Madrigal: Certificación del prescriptor (REQUERIDA)

_____ Fecha* ___ / ___ / ___
 Firma del prescriptor*

Al presentar 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 prueba anterior es necesaria para este paciente; (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 u otros contratistas externos que trabajen en nombre de Madrigal Patient Support con el fin de solicitar información y apoyo de reembolso y evaluar, si corresponde, la elegibilidad del paciente para recibir asistencia al paciente u otros programas de apoyo relacionados con la prueba anterior; (d) el apoyo solicitado en nombre del paciente puede incluir la

investigación de beneficios (benefits investigation, BI) y/o información de copago. Si corresponde, autorizo a Madrigal Patient Support a realizar una investigación de beneficios para mi paciente.

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
- Envíe por fax al 1-844-411-1177

6 Autorización del paciente para el apoyo de pruebas no invasivas

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") 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 médica de las pruebas identificadas por mis proveedores de atención médica.
- Determinar mi elegibilidad para los servicios de ayuda financiera, incluida la ayuda con el copago relacionada con las pruebas identificadas por mis proveedores de atención médica, y facilitar mi inscripción en estos

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.