

- Llame al 1-877-219-7770 o visite [madrigalpatientsupport.com](http://madrigalpatientsupport.com)
- Envíelo por fax al 1-844-411-1177 o en línea en [madrigalenrollmentHCP.com](http://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 soporte de acceso (OBLIGATORIO para Madrigal Patient Support [MPS])** Consulte la sección 2 a continuación y 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 3 en las páginas 2 y 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 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 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. (continuación)

## Formulario de inscripción del paciente

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

### 2 Autorización del paciente para soporte de acceso (continuación)

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: 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, una 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](http://www.madrigalpharma.com/privacy)).

Tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización.

### 3 Certificaciones del paciente

Me inscribo en 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 individual 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. (continuación)

- 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)**

### 3 Certificaciones del paciente (continuación)

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 y aceptación 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 2 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 2. También comprendo que el apoyo proporcionado por MPS puede revisarse, cambiarse o finalizarse en cualquier momento.