

# Formulario de autorización del paciente

Al completar este formulario, se inscribirá en el servicio de Madrigal Patient Support. A través de este programa, los pacientes elegibles reciben lo siguiente:

Ayuda para identificar opciones de asistencia financiera

Apoyo para comenzar y durante todo el tratamiento

Educación y consejos de enfermeras orientadoras

**Estamos aquí para ayudar.**

**LLAME AL**

1-877-219-7770

de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este

**VISITE**

[MadrigalPatientSupport.com](http://MadrigalPatientSupport.com)



**CÓMO INSCRIBIRSE**

**ENVÍE POR FAX TODAS LAS PÁGINAS** al 1-844-411-1177

**COMPLÉTALAS EN LÍNEA** escanee el código QR o visite [MadrigalEnrollmentPatient.com](http://MadrigalEnrollmentPatient.com)

## 1. INFORMACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE

\* 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?  Sí  No

Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Permite que se le envíen correos electrónicos?  Sí  No

Representante legal (si hubiera) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del representante \_\_\_\_\_

**He leído y doy mi consentimiento a la Autorización del paciente para apoyo en el acceso en la sección 3.**

**FIRME  
AQUÍ**

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL\*

**FECHA**

**He leído y doy mi consentimiento a las Certificaciones del paciente en la sección 4.**

**He leído el Consentimiento para mensajes de texto en la sección 4 y otorgo mi consentimiento expresamente para recibir mensajes de texto de Madrigal.**

**FIRME  
AQUÍ**

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL\*

**FECHA**

Si firma el representante legal Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR Y LA FARMACIA

\* Información obligatoria

Proporcione la siguiente información si la conoce. Haremos un seguimiento si se necesitan más detalles para proporcionar apoyo en su acceso a la terapia.

Nombre del prescriptor\* \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Se envió su receta a una farmacia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

## 3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA APOYO EN EL 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, afiliados, 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 entender o verificar la cobertura para los productos de Madrigal.
- Inscripción en Madrigal Patient Assistance Program (PAP).
- Determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en servicios de asistencia financiera si soy elegible, incluyendo asistencia con el copago.
- 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 denegadas 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 marketing 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.



## 3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA APOYO EN EL ACCESO (CONT.)

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.

## 4. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

Me inscribo en Madrigal Patient Support Program y autorizo a Madrigal Pharmaceuticals, Inc., sus afiliados, agentes y proveedores de servicios (“Madrigal”) a proporcionar apoyo en virtud de Madrigal Patient Support, según se describe en este Formulario de autorización del paciente 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.

Entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi Farmacia Especializada 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 Madrigal Patient Support.

Autorizo a Madrigal a verificar mi elegibilidad para Madrigal Patient Assistance Program (“PAP”) 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. Entiendo y autorizo a Madrigal a utilizar cualquier informe de consumidor sobre mí y la información recopilada de mi parte, junto con otra información obtenida de fuentes públicas y de otras fuentes, para calcular mis ingresos en relación con la elegibilidad para PAP, si fuera necesario.

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

Entiendo 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 de Madrigal pertinentes, o que de otro modo deniegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga cualquier beneficio o cobertura del seguro supeditada a la solicitud o denegación de elegibilidad para la cobertura de recetas de medicamentos especializados a través del programa de financiación alternativo no son elegibles para PAP. Acepto informar a PAP si soy miembro de un plan de seguro de este tipo o si estoy solicitando el PAP en nombre de un paciente que sea 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 PAP, 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 medicamentos con receta para 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.

## 4. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE (CONT.)

**Consentimiento para mensajes de texto:** 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 o en nombre de Madrigal al/a los número(s) 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.

Acepto recibir, por correo, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi acuerdo y consentimiento anteriormente, por mensaje de texto, comunicaciones promocionales y de marketing 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 excluirme en cualquier momento comunicándome con Madrigal por escrito a la dirección que figura en la sección 3 o cancelando mi suscripción a Comunicaciones.

Entiendo que Madrigal puede contactarme en caso de que yo informe un evento adverso. Entiendo que no tengo que inscribirme en Madrigal Patient Support para recibir Comunicaciones y que puedo recibir Rezdiffra™ (resmetirom) de todas formas según lo recetado por mi Proveedor de atención médica. Puedo excluirme de recibir Comunicaciones, servicios de apoyo individuales ofrecidos por Madrigal Patient Support, incluido cualquier apoyo de copagos, o excluirme por completo de Madrigal Patient Support en cualquier momento notificándolo a un representante de Madrigal Patient Support por teléfono al 1-877-219-7770 o enviando una carta a la dirección que figura en la sección 3. También entiendo que el apoyo proporcionado por Madrigal Patient Support puede revisarse, cambiarse o finalizarse en cualquier momento.

**Estamos aquí para ayudar.**

**LLAME AL**

**1-877-219-7770**

**de lunes a viernes,**

**de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este**

**VISITE**

**[MadrigalPatientSupport.com](https://www.MadrigalPatientSupport.com)**

