

Solicitud de apoyo en pruebas no invasivas (NIT, por sus siglas en inglés)

Los pacientes con seguro comercial y proveedores elegibles pueden llenar este formulario juntos para inscribirse en el programa de pruebas no invasivas, que ofrece asistencia diagnóstica, de seguros y de asistencia en los costos, antes o después de la confirmación de esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH, por sus siglas en inglés), o para confirmar la etapa actual de la fibrosis. El paciente tendrá que enviar un justificante de pago y la documentación necesaria para recibir el reembolso.

CÓMO ENVIAR

*EL ASTERISCO indica la información necesaria | Envía por FAX TODAS LAS PÁGINAS al 1-844-411-1177 LLAMA al 1-877-219-7770 | VISITA [MadrigalPatientSupport.com](https://www.MadrigalPatientSupport.com)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y FIRMA

Nombre* _____ Apellido* _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* _____ Sexo* ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección* _____ N.º de apt. _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
Teléfono* _____ ☐ Móvil ☐ Casa | ¿Estás de acuerdo con dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No
Idioma (si no es Español) _____ Correo electrónico* _____
Representante legal (si hubiera) _____ Teléfono del representante _____
Relación con el paciente _____

He leído y otorgo mi consentimiento para la autorización del paciente para apoyo en pruebas no invasivas de la sección 6.

FIRMA
AQUÍ*

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA*

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE — Adjunta una copia de la(s) tarjeta(s) del seguro

Nombre del seguro _____ N.º de póliza _____
Nombre del suscriptor _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ N.º de grupo _____

3. INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

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

4. SOLICITUD DE APOYO

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

Código(s)/descripción de NIT-CPT que se utilizarán:

5. CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR

FIRMA
AQUÍ

FIRMA DEL PRESCRIPTOR*

FECHA*

Solicitud de apoyo en pruebas no invasivas de Madrigal: Certificación del prescriptor

Al enviar 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) las pruebas mencionadas son necesarias 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 apoyo de reembolso e información y evaluar, si corresponde, la elegibilidad del paciente para recibir asistencia al paciente u otros programas de apoyo relacionados con las pruebas mencionadas anteriormente; (d) el apoyo solicitado en nombre del paciente puede incluir la investigación de beneficios (BI) y/o información de copago. Si corresponde, autorizo a Madrigal Patient Support a llevar a cabo 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.

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL APOYO EN 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 e 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 comprender o verificar la cobertura médica para las pruebas identificadas por mis proveedores de atención médica.
- Determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en servicios de asistencia financiera si soy elegible, incluida la asistencia con los copagos relacionados con las pruebas indicadas por mis proveedores de atención médica.

Entiendo que Madrigal puede eliminar la identificación de mi información y usarla para realizar investigaciones, educación, 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, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Madrigal solo usará y compartirá mi información personal para los fines establecidos en esta Autorización o según lo permita la ley.

Entiendo 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 4640, Trenton, NJ 08650. 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.



Estamos aquí para ayudar.

LLAMA al 1-877-219-7770

VISITA MadrigalPatientSupport.com