

¿Qué es el Fondo de Acceso de IRM de la MSAA?

El Fondo de Acceso a la IRM de la MSAA ayuda con el pago de los estudios con imágenes por resonancia magnética (IRM, por sus siglas en inglés) craneales (cerebrales) y cervicales (de la columna cervical) para las personas que reúnen los requisitos, pero no tienen seguro médico o no pueden pagar sus costos del seguro. Estas personas necesitan los exámenes para ayudar a determinar un diagnóstico de esclerosis múltiple (EM) o evaluar la evolución de su EM actual.

¿Qué ofrece el programa?

Para las personas que reúnen los requisitos y tienen EM o se sospecha un diagnóstico de EM, la MSAA proporcionará ayuda económica para:

A. Nuevas pruebas de IRM: para las personas que necesitan **nuevas pruebas de IRM craneales y/o cervicales**, la MSAA:

- le remitirá a un centro de imágenes que tiene un contrato con la MSAA. Esto es pertinente para las personas que **no tienen seguro** o **no pueden pagar los costos de su seguro**. La MSAA cubrirá el costo de una IRM craneal (cerebral) o cervical o ambas; y le pagará directamente al centro de imágenes.

o

- cubrirá el costo del copago de su seguro médico o del saldo del coseguro **hasta el máximo de \$600 por IRM (craneal y/o cervical)**. La MSAA le pagará directamente al servicio de facturación. Usted se hará responsable de los costos que sobrepasen los \$600 por cada IRM.

B. Pago para pruebas de IRM anteriores: para las personas que han tenido una **IRM craneal y/o cervical con fecha de servicio del 1 de julio de 2020 al presente**, la MSAA pagará los costos restantes **hasta un máximo de \$600 por cada IRM**. La MSAA le pagará directamente al servicio de facturación. No les damos reembolsos a las personas. Usted se hará responsable de los costos que sobrepasen los \$600 por cada IRM.

Para reunir los requisitos y recibir el Fondo de Acceso a la IRM, usted debe:

- Cumplir con los requisitos de ingresos o indicar una necesidad económica debido a la pandemia del COVID-19
- Tener un diagnóstico confirmado de esclerosis múltiple (EM) o buscar un diagnóstico de EM
- No haber recibido ayuda de la MSAA para una IRM en los últimos 24 meses
- Llenar totalmente la solicitud, firmarla y enviar toda la información requerida a la MSAA
- Evitar programar cualquier cita para una nueva IRM hasta que se lo indique la MSAA
- Enviar a la MSAA por: fax (856) 488-8257; correo postal: 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034; correo electrónico: MRI@mymsaa.org.

El Fondo de Acceso a la IRM de la MSAA es posible, en parte, con el apoyo de Biogen y Sanofi Genzyme.

Paso 1: CONDICIONES DE INGRESOS y NECESIDAD ECONÓMICA

ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE:

Bajo las directrices estándar del programa, la MSAA les pide a los solicitantes que indiquen sus ingresos familiares anuales en base a su declaración más reciente del impuesto sobre la renta. Los ingresos indicados se comparan con los del siguiente cuadro que triplica las directrices federales de pobreza para determinar los criterios económicos. Sin embargo, la MSAA reconoce que la reciente pandemia del COVID-19 puede haber afectado negativamente su situación económica actual.

Como resultado de ello, estamos aceptando actualmente dos opciones de condiciones de ingresos:

Opción 1. Necesidad económica súbita

Opción 2. Condiciones estándar de ingresos

Opción 1. Si la pandemia del COVID-19 afectó negativamente su situación económica y actualmente pasa por un período de privación, por favor marque la casilla y firme abajo.

Yo (el solicitante), por medio de la presente, certifico que estoy pasando por un período de privación económica súbita como resultado de la pandemia del COVID-19 y requiero la ayuda de la MSAA para el Fondo de Acceso a la IRM.

Explique cómo ha cambiado su situación financiera: _____

_____ Firma: _____ Fecha: _____

Opción 2. Si la pandemia del COVID-19 no afectó su situación económica, por favor indique sus ingresos familiares y el número de personas viviendo en su hogar. Por favor revise el cuadro abajo para ver si sus ingresos son menores al nivel indicado. Si es así, por favor firme a continuación.

Mis ingresos familiares anuales son: \$ _____. El número de personas que viven en mi hogar es: _____.

Directrices de ingresos familiares anuales de la MSAA (basadas en el triple del nivel federal de pobreza)

Personas viviendo en el hogar	Ingresos
1	\$38,500
2	\$52,000
3	\$65,000
4	\$79,000
5	\$92,000
6	\$105,500
7	\$119,000
8	\$132,500

Por medio de la presente y con mi firma que aparece a continuación, yo (el solicitante) certifico que la información proporcionada a la MSAA es veraz y correcta y que mis ingresos familiares anuales están por debajo del nivel enumerado en el cuadro para las personas que viven en el hogar.

Firma: _____ Fecha: _____

Paso 2: FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Compañero de atención primario: _____

Raza (por favor marque todo lo pertinente):

- Indígena americano o nativo de Alaska Hispano o Latino
 Asiático o Isleño del Pacífico Blanco o Indoeuropeo
 Negro o Afroamericano Otra: _____

Idioma primario (por favor seleccione uno):

- Inglés Español Otro: _____

Referido a / aprendió sobre la MSAA a través de (por favor seleccione todo lo pertinente):

- Familia o amigo Proveedor médico Búsqueda en internet
 Medio de comunicación Correo electrónico de la MSAA Evento de la MSAA
 Envío de correo para evento MSAA Publicación de la MSAA Sitio web de la MSAA
 Otra organización de EM Medios sociales Solicitud
 Folleto "Swim for MS" Socio "Swim for MS" Compatibilidad de voluntarios

Clasificación de la esclerosis múltiple (EM) (por favor seleccione una):

- EM progresiva primaria EM remitente recurrente
 EM progresiva recurrente EM progresiva secundaria Incierta

Año del diagnóstico: _____ Problemas de movilidad: Siempre Moderados Ocasionales Ninguno

Síntomas (por favor marque todo lo pertinente):

- Problemas con el equilibrio Fatiga Músculos tensos Pérdida visual/vista borroso
 Problemas en la vejiga Debilidad general Entumecimiento Dolor visual
 Sensación de ardor Dolores de cabeza Dolor
 Sensibilidad al frío Sensibilidad al calor Dificultad al hablar
 Pérdida de coordinación Pesadez en las piernas Dificultad al tragar
 Depresión Pérdida de la memoria o atención Hormigueo
 Dificultad para resolver problemas Espasmos musculares Temblores Otros: _____

¿Recibe terapia modificadora de la enfermedad (TME) para la EM? Sí No

De ser así, por favor seleccione su medicamento **actual** del tratamiento:

- Aubagio® Avonex® Bafiertam™ Betaseron® Copaxone
 Extavia® Gilenya® Glatiramer acetate Glatopa® Lemtrada®
 Mavenclad® Mayzent® Novantrone® Ocrevus™ Plegridy®
 Rebif® Tecfidera™ Tysabri® Vumerity™ Zeposia®

Pruebas que has tenidos (seleccione todas las pertinentes):

- Potenciales provocados IRM (cerebro) IRM (de la columna) Punción lumbar

Paso 3: SOLICITUD DE IRM – Firmar y Completar a continuación

Sí, certifico que la información que le proporciono a la MSAA es precisa según a mi leal saber y entender. Entiendo que MSAA puede contactarme, a mi médico o compañía de seguros para procesar mi solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

POR FAVOR SELECCIONE **UNA (1)** OPCIÓN SOLAMENTE:

- Opción A – Necesito una nueva IRM craneal (cerebral) o una nueva IRM de la columna vertebral, o ambas
- Opción B – Necesito mi factura por IRM craneales y/o de columna vertebral pagados por MSAA

Basado en su selección, complete la sección correspondiente a continuación.

A. Nueva Solicitud para IRM: Para las personas que buscan nuevas imágenes para IRM del craneal (cerebro) y/o columna vertebral, marque las casillas correspondientes a continuación, proporcione la información solicitada a continuación.

Marque **UNA (1)** respuesta a continuación para describir el estado de su seguro de salud:

Actualmente yo: No tengo seguro de salud Tengo cobertura pero no puedo pagar los costos de mi seguro

Información del seguro (si no está seguro, consulte al consultorio de su médico o compañía de seguros)

- Nombre de la aseguradora (incluyendo Medicare): _____
- Deducible de la póliza: \$ _____ Saldo deducible actual: \$ _____
- Coseguro: 90%/10% 80%/20% 70%/30% N/A Copago: \$ _____

Según la recomendación de mi doctor, necesito:

- Craneal IRM (cerebro) Columna vertebral IRM Ambos exámenes
- Es posible que necesite una máquina de IRM abierta debido a preocupaciones con claustrofobia, peso, etc.

B. Pago por IRM anteriores – desde el Julio de 2020 hasta el presente

Para las personas que buscan asistencia de pago para IRM craneales (cerebrales) y/o columna vertebral con una fecha de servicio **desde el Julio de 2020 hasta el presente**, proporcione la información solicitada a continuación, por favor.

Marque **UNA (1)** respuesta a continuación para describir el estado de su seguro de salud:

- No tengo seguro de salud Tengo cobertura pero no puedo pagar los costos de mi seguro

Mi saldo adeudado en mi IRM craneal (cerebro) es de \$ _____ y/o mi saldo adeudado en mi IRM de la columna vertebral es de \$ _____. Si se aprueba, **el pago de MSAA no excederá los \$600 por IRM**. MSAA pagará la instalación. **POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU FACTURA PARA EL PAGO.**

Paso 4: TÉRMINOS DEL ACUERDO

Al firmar este acuerdo, certifico que la información que he proporcionado a MSAA es precisa, según mi leal saber y entender, y que no tengo suficientes medios financieros o de seguro para proporcionar el pago completo de un examen de IRM. Al firmar este acuerdo, acepto los siguientes términos y condiciones establecidos por la **Multiple Sclerosis Association of America (MSAA)**.

1. Tengo o busco un diagnóstico médico confirmado de esclerosis múltiple por parte de un profesional de la salud con licencia.
2. Si MSAA necesita verificar la información que he proporcionado, otorgare permiso escrito a MSAA para que revise mi médico, mi seguro y mis registros de impuestos.
3. Por la presente autorizo a MSAA a comunicarse con mi proveedor de atención médica, compañía de seguros u otros pagadores externos y para que dichas partes divulguen a MSAA todos los registros médicos, seguros o información de terceros pagadores que se utilizara para ayudar en determinar mi nivel de elegibilidad para el servicio del Fondo de acceso de IRM.
4. Entiendo que cualquier pago se realizara directamente al centro de imágenes.
5. Entiendo que soy responsable de pagar las tarifas adicionales, como las tarifas de laboratorio y las tarifas de los médicos por leer la prueba y cualquier parte no pagada de la IRM que no este cubierta por el Fondo de acceso de IRM y este acuerdo de términos.
6. Libero y exijo de responsabilidad a la **Multiple Sclerosis Association of America, Inc.** y los partidarios del Fondo de Acceso de IRM y sus respectivos funcionarios, empleados, agentes, financiadores y miembros por cualquier efecto adverso resultante de la prueba y/o tratamiento resultante.
7. Entiendo y acepto que la información personal y medica que he proporcionado voluntariamente a MSAA puede usarse o compartirse con el único propósito de adquirir el servicio o beneficio que he solicitado. Entiendo que la política de MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal.
8. Estoy de acuerdo en cumplir con las solicitudes de MSAA para el seguimiento de la correspondencia y el envío de la información de facturación necesaria de manera oportuna y entiendo que no hacerlo podría resultar en un retraso en el procesamiento o la negación de elegibilidad.
9. **Entiendo que debo cumplir con los criterios de elegibilidad del programa y cumplir con las instrucciones establecida para recibir el servicio a través del Fondo de Acceso IRM de MSAA.**

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del guardián : _____

Fecha: _____

Paso 5: FORMULARIO DEL REVISOR MÉDICO y ORDEN PARA LA IRM *

*El Paso 5 es necesario si solicita la Opción A: una IRM NUEVA.

Si solicita el pago de IRM anteriores, omite este formulario y envíe su solicitud a MSAA.

Para las personas que necesitan una NUEVA IRM craneal o de la columna vertebral, la MSAA:

- **NECESITA la orden o receta para la IRM de su doctor. Esto es un requisito.** Por favor obtenga la orden para la IRM de su doctor e inclúyala con esta solicitud. Además, el consultorio de su doctor puede enviársela a la MSAA por fax al (856) 488-8257.
- **PREFIERE que su médico complete y firme este formulario a continuación. Esto es opcional porque entendemos los desafíos actuales que afectan su capacidad para ver a su médico y / o su capacidad para satisfacer nuevas y abrumadoras demandas.**

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

1. Basado en mi examen y/o revisión de registros médicos, el paciente mencionado anteriormente:

Presenta síntomas que pueden indicar un diagnóstico de esclerosis múltiple.
○

Tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple

2. Para ayudar a confirmar un diagnóstico de EM o evaluar la progresión actual de la enfermedad de EM, el paciente mencionado anteriormente requiere:

IRM craneal IRM de la columna vertebral Ambos exámenes

3. Yo, o un familiar cercano, tiene un acuerdo financiero o de compensación o un interés de propiedad en un centro de imágenes u hospital con una máquina de IRM.

Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección de la instalación:

Sí, por la presente certifico que la información anterior proporcionada a MSAA es precisa según mi leal saber y entender. He recibido el permiso del paciente mencionado anteriormente para divulgar tales declaraciones con respecto a su tratamiento y/o diagnóstico.

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

Por favor incluya la orden o receta para la IRM con esta solicitud o haga que el consultorio de su doctor lo envíe por fax al (856) 488-8257.

Página de recordatorio del Fondo de acceso para IRM

CONSERVE ESTA PAGINA para sus registros.

Antes de devolver la aplicación de IRM, asegúrese de:

- Complete el Paso 1 (Condiciones de ingresos o necesidad económica)
- Complete el Paso 2 (Formulario de admisión)
- Complete el Paso 3 (Solicitud de IRM). **Seleccione solo una (1) opción, A O B;** firme donde sea necesario y **envíe la factura si seleccionó la Opción B.**
- Firme el Formulario de Acuerdo de Términos (Paso 4)
- Complete el Paso 5 e incluya la orden para la IRM si solicita una nueva IRM

Notas importantes para recordar:

- Por favor **NO HAGA una cita IRM** hasta que MSAA se haya comunicado con usted y haya recibido la aprobación oficial.
- El programa no cubre los costos adicionales, como las visitas al médico, la lectura o las tarifas de laboratorio.
- **Debe esperar 24 meses después de recibir asistencia financiera de MSAA para su IRM se apliquen nuevamente al Fondo de Acceso de IRM.**
- El Fondo de Acceso para la IRM no es un servicio de emergencia. Las solicitudes se procesan por orden de llegada. Espere unas semanas para que MSAA procese su solicitud. Gracias!

Devuelva a: MSAA, 375 Kings Highway North, Cherry Hill, NJ 08034, o mande un fax a: (856) 488-8257.

Teléfono: (800) 532-7667, ext. 120; Correo electrónico: MRI@mymsaa.org