

****La decisión sobre su solicitud tardará 45 días****

Toda la información personal y médica proporcionada voluntariamente a MSAA durante el proceso de solicitud puede usarse o compartirse con el único propósito de obtener una resonancia magnética. La política de MSAA es mantener estrictamente la confidencialidad y seguridad de toda la información personal.

Para calificar para el Programa de Acceso a IRM:

- ✓ Cumplir con el requisito de elegibilidad de ingresos.
- ✓ 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.
- ✓ Por favor, evite hacer nuevas citas de resonancia magnética hasta que MSAA haya tomado una determinación sobre su solicitud.
- ✓ Envíe la solicitud con la firma y la información requerida a MSAA a través de: Correo Electrónico: MRI@mymsaa.org; Fax: (856) 488-8257; o Correo: 375 Kings Highway North, Suite B, Cherry Hill, NJ 08034.

MSAA proporcionará a las personas calificadas que tienen EM o se sospecha que tienen un diagnóstico de EM, asistencia financiera **con nuevas resonancias magnéticas** o con el pago **de resonancias magnéticas pasadas**.

Nuevas IRM(s): la MSAA cubrirá el costo de una nueva resonancia magnética **hasta un máximo de \$ 750 por IRM (craneal y / o c-columna)**. MSAA pagará directamente al centro de imágenes. Usted será responsable de los costos que excedan los \$ 750 por resonancia magnética. Para las personas que creen que su deducible alto dejará un saldo, incluso después de que MSAA proporcione un pago de \$ 750, MSAA lo derivará a un centro de imágenes contratado.

Pago por IRM(s) Pasadas: la MSAA cubrirá hasta \$500 por IRM para una resonancia magnética craneal y / o de columna c con una fecha de servicio dentro de los últimos seis meses a partir de la fecha de su solicitud. MSAA pagará directamente al centro de imágenes. MSAA no reembolsa a las personas. Usted será responsable de los costos que excedan los \$500 por resonancia magnética.

REQUISITO DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

La MSAA requiere que los solicitantes enumeren sus ingresos familiares anuales según su formulario de impuestos sobre la renta presentado más recientemente. Los ingresos enumerados se comparan con la tabla a continuación, que triplica las pautas federales de pobreza, para determinar la elegibilidad financiera. MSAA utiliza Experian Health para verificar los niveles de ingresos como parte del proceso general de evaluación de elegibilidad. Si reúne los requisitos de ingresos, visite nuestro sitio web para obtener más información sobre nuestro Programa de enfriamiento y el Programa de distribución de equipos en www.mymsaa.org.

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	\$39,000
2	\$52,500
3	\$66,000
4	\$79,500
5	\$93,500
6	\$107,000
7	\$120,500
8	\$134,000

Con mi firma a continuación, yo (el solicitante) por la presente certifico que la información proporcionada a la MSAA es verdadera y precisa y que mis ingresos familiares anuales están por debajo del nivel indicado en la tabla por personas que viven en mi hogar. Yo (el solicitante) entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a MSAA en virtud de la Ley de informes crediticios justos que autoriza a MSAA a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de Experian Health. Autorizo a la MSAA a obtener dicha información únicamente para verificar la elegibilidad de ingresos para el Programa de acceso a la resonancia magnética de la MSAA.

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado civil: _____ Sexo: _____

Raza (por favor marque todo lo pertinente):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Black or African American |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Blanco o Indoeuropeo | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Idioma primario (por favor seleccione uno):

- Inglés Español Otro: _____

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor médico | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Evento de MSAA |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> Medio de comunicación | <input type="checkbox"/> Solicitud |
| <input type="checkbox"/> Otra organización de EM | <input type="checkbox"/> Publicación de la MSAA | <input type="checkbox"/> Compatibilidad de voluntarios |
| <input type="checkbox"/> Familia o amigo | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la MSAA | <input type="checkbox"/> Sitio web de la MSAA |
| <input type="checkbox"/> Medios sociales | <input type="checkbox"/> Incierta | <input type="checkbox"/> Envío de correo para evento MSAA |

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EM progresiva primaria | <input type="checkbox"/> EM progresiva recurrente | <input type="checkbox"/> EM remitente recurrente |
| <input type="checkbox"/> EM progresiva secundaria | <input type="checkbox"/> Diagnosticado con Síndrome Radiológicamente Aislado | <input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome clínicamente aislado |
| <input type="checkbox"/> Incierta | | |

Año del diagnóstico: _____

Problemas de movilidad (seleccione todas las que correspondan):

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ocasionales | <input type="checkbox"/> Moderados | <input type="checkbox"/> Siempre | |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Patineta | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |

Síntomas (por favor marque todo lo pertinente):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas con el equilibrio | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga | <input type="checkbox"/> Debilidad general | <input type="checkbox"/> Dificultad al hablar |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ardor | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío | <input type="checkbox"/> Pesadez en las piernas | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o atención | <input type="checkbox"/> Pérdida visual/vista borroso |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Dolor visual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para resolver problemas | <input type="checkbox"/> Músculos tensos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Mareos o vértigo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Ninguno |

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

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

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aubagio® | <input type="checkbox"/> Avonex® | <input type="checkbox"/> Bafiertam™ | <input type="checkbox"/> Betaseron® | <input type="checkbox"/> Copaxone |
| <input type="checkbox"/> Extavia® | <input type="checkbox"/> Gilenya® | <input type="checkbox"/> Glatiramer acetate | <input type="checkbox"/> Glatopa® | <input type="checkbox"/> Kesimpta® |
| <input type="checkbox"/> Lemtrada® | <input type="checkbox"/> Mavenclad® | <input type="checkbox"/> Mayzent® | <input type="checkbox"/> Novantrone® | <input type="checkbox"/> Ocrevus™ |
| <input type="checkbox"/> Plegridy® | <input type="checkbox"/> Ponvory™ | <input type="checkbox"/> Rebif® | <input type="checkbox"/> Tecfidera® | <input type="checkbox"/> Tysabri® |
| <input type="checkbox"/> Vumerity™ | <input type="checkbox"/> Zeposia® | | | |

Pruebas que has tenidos (seleccione todas las pertinentes):

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Potenciales provocados | <input type="checkbox"/> IRM (cerebro) | <input type="checkbox"/> IRM (de la columna) | <input type="checkbox"/> Punción lumbar |
|---|--|--|---|

¿El cuidador puede hablar en nombre del cliente? Sí No

Compañero de atención primario: _____

SOLICITUD DE IRM

Por Favor seleccione una (1) opción solamente:

- Nueva Solicitud para IRM – válido por seis (6) meses a partir de la fecha de su solicitud**

Seleccione si se aplica lo siguiente:

- Necesito una máquina de IRM abierta debido a problemas de claustrofobia, peso, etc.

□ **Pago por IRM anteriores – dentro de los últimos seis (6) meses a partir de la fecha de su solicitud**

Para las personas que buscan asistencia para el pago de resonancias magnéticas craneales (cerebrales) y / o de columna c con una fecha de servicio dentro de los últimos seis meses a partir de la fecha de su solicitud, proporcione una copia de su factura. Asegúrese de que la factura incluya:

- Una descripción de las resonancias magnéticas
- A dónde enviar el cheque
- Información de contacto del centro de imágenes o la instalación de facturación

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. Entiendo que cualquier pago se realizara directamente al centro de imágenes.
3. 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 esté cubierta por el Programa de acceso de IRM y este acuerdo de términos.
4. 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.
5. 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.
6. 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 lanegación de elegibilidad.
7. **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.**

Client Signature: _____ Date: _____

La decisión sobre su solicitud tardará 45 días

FORMULARIO DE REVISIÓN DEL MÉDICO

Complete solo si usted es el médico que solicita **nuevas resonancias magnéticas** para el solicitante. No es necesario que complete este paso si el solicitante solicita el **pago de IRM anteriores**.

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

Dirección del doctor: _____

Correo electrónico del doctor: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

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 exacta a mi leal saber y entender. He recibido el permiso del paciente mencionado anteriormente para publicar tales declaraciones con respecto a su tratamiento y / o diagnóstico.

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

Si se aprueba, pídale a su médico que envíe por fax su orden de resonancia magnética al centro de imágenes que realizará su resonancia magnética.

Courtney Blewett, Manager of Mission Delivery – MRI

Phone: (800) 532-7667 ext. 142; Fax (856) 488-8257

Email: MRI@mym saa.org