



706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
1-800-532-7667 Fax # 1-856-488-8257

**MULTIPLE SCLEROSIS
ASSOCIATION OF AMERICA**

www.msassociation.org
rpalacio@msassociation.org

Rompiendo barreras

Fomentando esperanza

Fondo para diagnóstico por RM

¿Qué es el Fondo para diagnóstico por RM (MRI Diagnostic Fund) de la MSAA?

El Fondo diagnóstico para RM de la MSAA pagará o ayuda pagar por una prueba inicial de resonancia magnética del cráneo para clientes que carecen de medios para costear la prueba y que cuyos médicos sospechan una diagnosis de la esclerosis múltiple.

La MSAA no pagará honorarios adicionales de laboratorio ni de médicos para leer la RM. La persona que ya se haya hecho una RM específicamente para determinar un diagnóstico de la EM no es elegible. Estos individuos deben presentar una solicitud al Instituto de RM de la MSAA.

¿Quién es elegible?

- Las personas sin cobertura de seguro o que han sido denegado cobertura para una RM
- Las personas que no tienen los medios de pagar por esta prueba (Ingreso del hogar no debe exceder el 3 veces del nivel federal de pobreza)
- Las personas que tienen un referido escrito por su médico que pide una RM

Puntos importantes:

- **La MSAA sólo subvenciona RM's del cráneo con el objetivo de una diagnosis inicial de EM.**
- **La Elegibilidad de ingreso sólo se aplica a los siguientes programas de la MSAA: Distribución de productos de enfriamiento, Distribución de equipo, Modificación de casas, Instituto de RM, Fondo diagnóstico de RM, y Servicios terapéuticos. La MSAA aconseja a todos los individuos interesados a devolver el Formulario de datos personales y hacerse socio. Esto les dará la oportunidad de recibir la revista *The Motivator*, las publicaciones, y otros servicios.**

SOLICITUD DEL FONDO PARA DIAGNÓSTICO POR RM DE LA MSAA

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Fecha: _____

Dirección: _____

ELEGIBILIDAD DE INGRESO

Parte A. INGRESO ANUAL DE FAMILIA se define como todo el ingreso de incapacidad/pensión de la persona con EM Y todo el ingreso de su esposo(a)/pareja durante el año calendario anterior. Ingresos de hijos adultos y/o mayores que viven en la casa se excluyen.

Mi ingreso anual de familia es: \$ _____.

El número de personas que viven en mi casa es: _____.

Parte B. Usando como referencia la información arriba, averigüe si su ingreso es menos que la cantidad en la tabla abajo. Si lo es siga con la Parte C de esta solicitud.

Ejemplo: Maria Sanchez tiene EM. Vive con su marido y su hija. De hecho hay tres personas en la casa. El Ingreso anual de la familia de Maria y su marido es \$46,000. Este ingreso es menos que \$52,800.00 (según la tabla abajo), así que ella es elegible.

LA GUÍA DEL INGRESO ANUAL DE FAMILIA DE LA MSAA 2008 (se basa en el 3x nivel federal de pobreza)

Personas en la casa	Ingreso
1	\$31,200
2	\$42,000
3	\$52,800
4	\$63,600
5	\$74,500
6	\$85,200
7	\$96,000
8	\$106,800

La Parte C. Por favor firme abajo:

Al firmar abajo, yo (el/la que solicita los productos) certifico que la información brindada a la MSAA es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento. También entiendo que la MSAA tiene el derecho de pedir verificación escrita del ingreso si se necesita y/o rechazar esta solicitud si la información requerida y la firma no se proveen o si el ingreso excede nuestras limitaciones.

Firma _____ Fecha: _____

SOLICITUD DEL FONDO PARA DIAGNÓSTICO POR RM DE LA MSAA

Si usted es elegible según el criterio y desea solicitar asistencia para una RM por favor haga los siguientes pasos 1, 2, 3, 4, y 5 y entregue todos los documentos a la MSAA.

- Paso 1.** Rellene el **Formulario de información personal de la MSAA** (hojas separadas)
- Paso 2.** Rellene y firme la **Solicitud del Fondo para diagnóstico por RM de la MSAA**
- Paso 3.** Lea y firme el **Acuerdo de condiciones**
- Paso 4.** Pida a su médico que rellene el **Formulario de repaso (Physician Review Form)** del Fondo para diagnóstico por RM, prescripción para la RM y que se lo devuelva a usted
- Paso 5.** Use el **sobre adjunto** para mandar a la MSAA la **Solicitud del Fondo para diagnóstico por RM**, el **Formulario de información personal**, el **Formulario de repaso (Physician Review Form)** del Fondo para diagnóstico por RM, y una **prescripción para una RM**

Paso #2.

Solicitud del Fondo para diagnóstico por RM de la MSAA

Nombre: _____ **Teléfono:** (____) _____ **Fecha:** _____

Número de seguro social: _____ **Fecha de nacimiento** _____

Compañía de seguro: _____ **Teléfono:** (____) _____

Dirección: _____

Nombre de persona de contacto: _____
(en la compañía de seguro)

Patrono/empresario: _____ **Teléfono:** (____) _____

Dirección: _____

Si usted tiene preguntas por favor llame al 1-800-532-7667, ext. 108.

Paso #3.

Acuerdo de condiciones del Fondo para diagnóstico por RM

Al firmar este acuerdo yo certifico que la información que he provisto a la MSAA es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento, y que no tengo acceso a seguro ni recursos financieros suficientes para pagar el precio de una RM. Al firmar este acuerdo accedo a las condiciones siguientes dichas por la **Multiple Sclerosis Association of America (MSAA)**.

1. Si la MSAA necesita verificar la información que he dado, yo concederé permiso por escrito a la MSAA de revisar mis informes médicos, los datos del centro de RM, y (si requiere) datos del seguro.
2. Yo entiendo que la MSAA requiere una copia o sumario de mis resultados del centro de RM, los cuales deben ser recibidos por la MSAA antes hacer el reembolso.
3. La MSAA sólo pagará una RM pedida por un médico. El reembolso será hecho directamente al centro de RM. Yo soy responsable por pagar cualquier pago adicional como honorarios del laboratorio y del médico por leer la prueba y cualquier parte de la RM no cubierta por este acuerdo de condiciones.
4. Yo también certifico que, si me aprueban como recipiente del Fondo para diagnóstico por RM de la MSAA, no pondré responsabilidad a la Multiple Sclerosis Association of America, Inc., los partidarios del Fondo para diagnóstico por RM, Serono, Inc. y Pfizer, Inc., sus respectivos directores, empleados, agentes, fundadores, ni a los miembros por cualquier efecto negativo de la prueba y/o el tratamiento que recibo como resultado.
5. Yo entiendo y reconozco que la información personal y médica que he provisto voluntariamente a la MSAA puede ser utilizada y compartida con el sólo propósito de obtener el servicio o beneficio que he pedido. Entiendo que la política de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad en cuanto a la información personal.

Firma de el/la cliente: _____

Fecha: _____

Paso #4.

Formulario de repaso del médico del Fondo para diagnóstico por RM de la MSAA

EL MÉDICO, NEURÓLOGO, O MÉDICO DE LA FAMILIA DEBE DE RELLENAR ESTE FORMULARIO Y DEVOLVERLO A EL/LA PACIENTE (CLIENTE) PARA QUE LO ENTREGUE A LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MSAA)

¿Qué es el Fondo para diagnóstico por RM de la MSAA?

Patrocinado por la **Multiple Sclerosis Association of America**, el Fondo para diagnóstico por RM paga por una RM inicial del cráneo para individuos de quienes se sospecha que padecen de esclerosis múltiple pero que carecen de un seguro adecuado y/o los medios para costear la RM (puesto que un médico lo considera necesario). Una persona que ya se haya hecho una RM específicamente para determinar la diagnosis de la EM no es elegible. Al solicitar no se garantiza aprobación.

¿Cómo funciona el programa?

Al estar cada solicitante aprobado, y hasta que se agoten los fondos para las RM's, la MSAA proveerá el reembolso directamente al proveedor de la RM. El resultado de la prueba, el cual se guardará en confianza absoluta, se debe enviar a la MSAA antes de hacer el reembolso. La diagnosis de la EM no se requiere para hacer el reembolso. Sin embargo, el centro de la RM debe proveer un informe final. La MSAA proveerá fondos sólo para la RM y no será responsable de honorarios adicionales incurridos, las visitas al neurólogo ni honorarios de laboratorio.

Cómo asegurar que mi paciente reciba una RM a través de este programa

- Paso 1** Rellene el Formulario de repaso y **firmo donde esté indicado**
- Paso 2** **Escriba una prescripción** para la RM diagnóstico del cráneo para su paciente
- Paso 3** Por favor devuelva el Formulario de repaso y la **prescripción de su paciente**

Multiple Sclerosis Association of America
706 Haddonfield Road
Cherry Hill, NJ 08002
FAX # 1-856-488-8257

Si usted tiene preguntas por favor llame al 1-800-532-7667, ext. 108.

MSAA MRI Diagnostic Fund —Physician Review Form
Please print or type information

Patient's name: _____

Physician's name: _____

Office Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Office phone: _____ Pager: _____

MRI Center preferred: _____

Office phone: _____ Pager _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

MRI Center phone: _____

Based on your examination and/or review of medical records of the above-mentioned patient, does the person exhibit symptom(s) that may indicate multiple sclerosis?

_____ Yes _____ No

Do you feel this person warrants an MRI exam?

_____ Yes _____ No

Are you aware of any other means by which the patient could obtain an MRI if funding were not available through MSAA?

_____ Yes _____ No _____

If Yes please explain

MSAA only funds cranial MRI's

What type of MRI do you recommend? With contrast Without contrast With/Without contrast

- The estimated cost of this procedure: \$ _____

I hereby certify that the statements that I have made are accurate to the best of my knowledge, and I have received the above-mentioned patient's permission to release such statements regarding his/her treatment and/or diagnosis.

Physician's signature _____ Date _____

Paso #5. Use el sobre adjunto para mandar a la MSAA la **Solicitud del Fondo para diagnóstico por RM**, el **Formulario de información personal**, el **Formulario de repaso (Physician Review Form)** del Fondo para diagnóstico por RM, y una **prescripción para una RM**.

Si usted tiene preguntas por favor llame al 1-800-532-7667, ext. 108.

Número de fax de la MSAA: 1-856-488-8257

Paso 2. Formulario de información personal

Es usted un:

Individuo con EM Socio en cuidado Médico Trabajador social

Trabajador de salud Amigo/Familiar de un individuo con EM Otro/a

Nombre/apellidos _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Mujer Hombre Estado civil _____

Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____ Celular _____

Fax _____ Correo electrónico _____

La entrega de este formulario le permite solicitar todos los programas y servicios de la MSAA y recibir una suscripción gratis y continua a la revista trimestral, *The Motivator*. Si no desea recibir *The Motivator* por favor indíquelo abajo.

No deseo recibir la revista trimestral de la MSAA, *The Motivator*. No deseo recibir correos electrónicos de la MSAA.

¿Cómo se enteró de la MSAA?

Neurólogo

Profesional de servicios sociales

Llamada de recaudación de fondos

Carta de recaudación de fondos

Otros proveedores de sanidad

Otras organizaciones de EM

Médico de cabecera

Publicación de la MSAA

Evento de la MSAA

Compañía farmacéutica

Medios de comunicación

Voluntario

The Motivator

Internet

Guía telefónica

Cliente de la MSAA

Amigo/a o familia

No recuerdo

Para pedir ayuda en rellenar este formulario o para conseguir más información sobre los programas y servicios de la MSAA, por favor llame a un asesor al 1-800-532-7667, Ext. 108.

Paso 2. Formulario de información personal (Continuado)

Punto importante:

La póliza de la MSAA es mantener absolutamente la confianza y la seguridad de toda la información médica y personal. MSAA usará la información médica y personal, que se ha provisto voluntariamente, con el sólo propósito de ayudar a adquirir los servicios o beneficios pedidos. MSAA no compartirá los nombres o ninguna información de salud que identifique al individuo al menos que sea necesario para adquirir un servicio o beneficio pedido.

Para individuos con EM por favor rellene lo siguiente:

Clasificación de EM: Benigna Secundaria-progresiva Primaria-progresiva

Relapso-remitente Progresiva-remitente Diagnóstico no muy claro

Año en que le diagnosticaron: _____

Otras condiciones: _____

Uso de silla de ruedas: ningún esporádico moderado siempre

Artículos de asistencia: bastón muletas andador scooter
 otro _____

Síntomas

(marque todas las que se experimenta)

<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Dificultad en resolver problemas	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> Dolor
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas con evacuar	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Malestar por ardor	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Temblor
<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
<input type="checkbox"/> Dificultad del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	
<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo		
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria/atención		

Los análisis que se han hecho: RM (del cráneo) RM (médula cervical) RM (médula lumbar)
 RM (médula torácica) líquido cefalorraquídeo Potenciales evocados

Medicamento de EM

que usa: Avonex® Betaseron® Copaxone® Novantrone® Rebif®
 Tysabri® Otro _____

¿Está Ud. actualmente participando en un ensayo clínico? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique el lugar del ensayo: _____

Paso 2. Formulario de información personal (Continuado)

Origen étnico: (optativo)	Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario)
<input type="checkbox"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska	<input type="checkbox"/> Menos que \$10,000
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> \$10,001 a \$20,000
<input type="checkbox"/> Afroamericana/a	<input type="checkbox"/> \$20,001 a \$30,000
<input type="checkbox"/> Chicano o Mejicano-americano	<input type="checkbox"/> \$30,001 a \$40,000
<input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> \$40,001 a \$50,000
<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño/a Pacífico	<input type="checkbox"/> \$50,001 a \$60,000
<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> \$60,001 a \$70,000
<input type="checkbox"/> De otro (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> \$70,001 a \$80,000
_____	<input type="checkbox"/> \$80,001 a \$90,000
	<input type="checkbox"/> \$90,001 a \$100,00
	<input type="checkbox"/> Más de \$100,000