



**MULTIPLE SCLEROSIS
ASSOCIATION OF AMERICA**

Solicitud del Instituto de RM (MRI Institute) de la MSAA

706 Haddonfield Road, Cherry Hill, NJ 08002 800-532-7667
www.msassociation.org rpalacio@msassociation.org

Pasos de la solicitud:

Si usted es elegible según el criterio en la página 2 de esta solicitud y desea solicitar asistencia para una RM por favor haga los siguientes pasos 1, 2, 3, 4 y 5 y devuelva todos los documentos a la MSAA en el sobre adjunto.

- Paso 1.** Rellene y firme el **Formulario de ingresos**.
- Paso 2.** Rellene el **Formulario de información personal 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)** y devuélvalo junto **con la prescripción para la RM del cerebro**.
- Paso 5.** Use el sobre adjunto para mandar a la MSAA la **Solicitud del Instituto RM, el Formulario de ingresos, el Formulario de información personal, el Formulario de repaso (Physician Review Form) del Instituto RM, y la prescripción para la RM.**

Póliza del programa:

Los clientes no son elegibles para ayuda financiera para las RM's en el futuro a través del Instituto RM hasta que haya transcurrido dos años desde su última RM provisto por la MSAA. Los programas de RM's de la MSAA **no cubre**:

- Las RM's de la columna cervical, lumbar ni torácica
- Honorarios para leer y/o otros costos del médico
- Las facturas para RM's que están manejados por una agencia de colecciones
- RM's citados antes de la aprobación de la MSAA (no habrá reembolso)

Se debe rellenar, firmar y enviar todos los formularios y las solicitudes a la MSAA junto con la prescripción antes de recibir la RM. Las solicitudes incompletas serán devueltas al cliente acompañadas por una carta de explicación. Los copagos y deducibles de Medicare se deben enviar antes de 6 a 8 semanas después de recibir la RM. Se debe enviar todas las facturas antes del reembolso por la MSAA.



Solicitud del Instituto de RM (MRI Institute) de la MSAA

Paso 1. Formulario de ingresos

Nombre: _____ Tel. (_____) _____ 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: _____

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.

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.

Paso 2. Formulario de información personal (Continuado)

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 del habla
<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Dificultad en tragar
<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad en general	<input type="checkbox"/> Temblor
<input type="checkbox"/> Dificultad del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> Pérdida de la coordinación
<input type="checkbox"/> Pesadez de las piernas	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> Otros síntomas
<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: _____

Origen étnico: (optativo)

Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska
 Asiático/a
 Afroamericana/a
 Chicano o Mejicano-americano
 Hispano/a o Latino/a
 Hawaiano Nativo o Isleño/a Pacífico
 Blanco/a
 De otro (por favor especifique)

Ingreso anual (para la familia que vive en el domicilio primario)

Menos que \$10,000
 \$10,001 a \$20,000
 \$20,001 a \$30,000
 \$30,001 a \$40,000
 \$40,001 a \$50,000
 \$50,001 a \$60,000
 \$60,001 a \$70,000
 \$70,001 a \$80,000
 \$80,001 a \$90,000
 \$90,001 a \$100,000
 Más de \$100,000

Paso 2. Formulario de información personal (Continuado)

La solicitud del Instituto RM de la MSAA

Por favor escriba a mano o a máquina

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Fecha: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento _____

Compañía de seguro: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

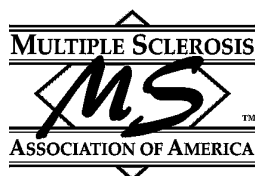
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

Patrono/empresario: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



Solicitud del Instituto de RM

Paso 3. Acuerdo de condiciones

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 completo de una RM. Al firmar este acuerdo accedo a las condiciones siguientes dichas por la **Multiple Sclerosis Association of America (MSAA)**.

1. Si MSAA necesita verificar la información que he provisto concederé permiso escrito a la MSAA para que revisen los informes médicos, los datos del centro de RM, y (si se requiere) los registros de seguro.
2. Autorizo que la MSAA se ponga en contacto con mi médico (proveedor de sanidad), compañía de seguro, u otros responsables de pagos y que ellos den a la MSAA todos mis registros médicos o información que se usará para ayudar a determinar mi nivel de elegibilidad para el servicio del Instituto de RM.
3. Entiendo que cualquier pago se hará directamente al centro de RM.
4. Entiendo que soy el responsable de pagar cualquier pago adicional como honorarios del laboratorio y del médico por leer la prueba y cualquier parte de la RM no pagada por el Instituto de RM y este acuerdo de condiciones.
5. Considero a la **Multiple Sclerosis Association of America, Inc.** y los partidarios del Instituto de RM, Serono, Inc. y Pfizer, Inc. y a sus respectivos directores, empleados, agentes, fundadores, y miembros libres de toda y cualquier demanda por cualquier efecto negativo de la prueba y/o el tratamiento que recibo como resultado.
6. Yo entiendo y reconozco que la información personal y médica que he provisto voluntariamente a la MSAA se puede utilizar o compartir 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 seguridad en cuanto a la información personal.
7. **Entiendo que la MSAA no será responsable de ningún costo incurrido antes de obtener premiso por escrito del Instituto de RM de la MSAA.**

Firma de el/la cliente: _____

Fecha: _____

Paso 4. Formulario de repaso (Physician Review Form)

TO BE **COMPLETED** BY THE **PRIMARY CARE PHYSICIAN, NEUROLOGIST, OR FAMILY PRACTITIONER** AND **RETURNED** TO THE **PATIENT (CLIENT)** FOR SUBMISSION TO THE MULTIPLE SCLEROSIS ASSOCIATION OF AMERICA

How to help your patient receive an MRI through the MRI Institute:

Step 1 Please complete the **Physician Review Form** and sign where indicated

Step 2 Please write a **Prescription for a Cranial MRI only** for your patient

Step 3 Please return the **Review Form** and the **Prescription** to your patient

Date: _____

Patient's Name: _____

Physician's Name: _____

Office Address: _____

City _____ State _____ Zip: _____

Office Phone: _____ Pager: _____

Please continue on next page

Paso 4. Physician Review Form continued

Preferred MRI Center: _____

Office Address: _____

Phone: _(_____)_____ Fax: _(_____)_____

1. Based on your examination and/or review of medical records of the above-mentioned patient, has the person been diagnosed as having multiple sclerosis?

Yes No

2. Do you feel this person warrants a **cranial MRI exam with and without contrast** to evaluate the disease progression?

Yes No

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

Yes No Does not apply

If Yes, please explain:

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 or her treatment and/or diagnosis.

Physician Signature: _____ Date: _____

Paso 5. Devuelva la solicitud (Return application to MSAA)

Use el sobre adjunto para mandar a la MSAA la Solicitud del Instituto RM, el Formulario de ingresos, Formulario de información personal, el Formulario de repaso (Physician Review Form) del Instituto RM, y la prescripción para la RM. Si tiene alguna pregunta por favor llame 1-800-532-7667, Extensión 108. Fax # 1-856-488-8257.