

Formulario de inscripción de pacientes para SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release)

Actualizado en enero de 2024

Para inscribirse complete y envíe **todas las páginas (1-4)** de este formulario a enroll@insupport.com o envíe un fax al 844-814-0669

*Indica campo requerido

✓ Seleccionar opciones de programa (Elija todo lo que corresponda)

Al completar este formulario, el proveedor recibirá una copia de la cobertura de beneficios del paciente para SUBLOCADE

Dirija la información del paciente a una farmacia especializada (Specialty Pharmacy, SP) en la red de INSUPPORT®.

SP preferida: _____

Si el plan del paciente aprueba la SP, INSUPPORT enviará la información a la SP preferida.

Si lo anterior se deja en blanco o la SP no se aprueba, INSUPPORT se dirigirá a una SP aprobada.

Recordatorio: Si utiliza una farmacia especializada, recuerde enviar una receta válida de SUBLOCADE directamente a la farmacia.

Nota: Se pueden necesitar recetas electrónicas para sustancias controladas en algunos estados.



Localizador de farmacias
especializadas en la red

Realice la transición del paciente a un nuevo entorno de atención médica para continuar el tratamiento con SUBLOCADE.

☎ Información de contacto del paciente

_____	_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
*Primer nombre	Inicial del segundo nombre	*Apellido	*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	*Sexo
_____	_____	_____	_____	_____
*Dirección ()	*Ciudad	*Estado	*CÓDIGO POSTAL	
_____	_____	_____	_____	
*Número de teléfono principal	*Dirección de correo electrónico			

Contacto alternativo del paciente (Opcional)

_____	_____	()	<input type="checkbox"/> Aceptar para dejar un mensaje
Nombre de contacto alternativo (en letra de imprenta)	Relación con el paciente	Número de teléfono	

📄 Información del seguro del paciente

- Marque esta opción si el paciente no tiene seguro actualmente.
- Marque esta opción si adjunta una copia de la(s) tarjeta(s) del paciente. Adjunte una copia de ambos lados.



Complete la información solicitada a continuación ÚNICAMENTE si no se adjunta una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente a este formulario.

<input type="checkbox"/> Privado/comercial	<input type="checkbox"/> Medicaid - Estado: _____	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Otro	_____
*Tipo de seguro primario				*Tipo de seguro primario
_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta	Relación con el paciente	()		
_____	_____	_____	_____	_____
N.º de identificación de póliza	N.º de grupo	Número de teléfono del seguro primario		

Si el paciente tiene un plan de cobertura de medicamentos con receta independiente, agregue a continuación (los pacientes de Medicare deben usar la información de la parte D de Medicare).

_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del plan de beneficios de farmacia (si corresponde)	Nombre del asegurado	Relación con el paciente	()	
_____	_____	_____	_____	_____
N.º de identificación de póliza	Número de grupo para recetas	N.º de identificación de beneficios para recetas (BIN)	N.º de control de procesador para recetas (PCN)	Número de teléfono del plan de beneficios de farmacia

Información del proveedor

*Nombre del proveedor _____ *Apellido del proveedor _____ *N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor _____

Consultorio privado Hospital/clínica para pacientes ambulatorios Hospital para pacientes internados
 Centro de tratamiento residencial

*Tipo de centro _____ Nombre del consultorio/centro _____

*Dirección del consultorio _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *CÓDIGO POSTAL _____

() () ()

*Número de teléfono del consultorio _____ *Número de fax del consultorio _____ Nombre y apellido del contacto del consultorio _____ Número de teléfono del contacto del consultorio _____

Envíe todas las comunicaciones via correo electrónico

Correo electrónico del proveedor _____ *N.º de identificación fiscal del proveedor _____ N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor _____

Información del paciente

*Código ICD-10 de diagnóstico: _____ Fecha de la última inyección: ____/____/____ (si se sabe)

*Dosis recetada (marque solo una): SUBLOCADE® 300 mg SUBLOCADE 100 mg



Para obtener una lista de los códigos ICD-10 que pueden utilizarse para los pacientes correspondientes de SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release), consulte la Guía de facturación y codificación

Información sobre la transición de atención

Encontrar un proveedor comunitario

Para encontrar un proveedor de tratamiento exento de brindar SUBLOCADE, visite la herramienta **Buscar proveedor de tratamiento SUBLOCADE**.

- Marque aquí si necesita ayuda adicional para identificar a un nuevo proveedor comunitario.
 Marque aquí si desea que INSUPPORT programe la primera cita del paciente



INSUPPORT llamará al proveedor identificado a continuación para confirmar que esté aceptando nuevos pacientes.

Consultorio privado Hospital/clínica para pacientes ambulatorios
 Hospital para pacientes internados Centro de tratamiento residencial

*Tipo de centro _____ *Nombre del proveedor _____ *N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor _____

*Dirección del proveedor _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *CÓDIGO POSTAL _____

() () / / / /

*Número de teléfono del proveedor _____ *Número de fax del proveedor _____ Fecha de alta hospitalaria planificada _____ * Fecha en que se debe dar la próxima inyección (la fecha debe ser posterior a la fecha de alta hospitalaria)

Declaración del proveedor (Obligatoria)

Al firmar a continuación, certifico que:

1) La información ingresada en este formulario de inscripción ha sido proporcionada exclusivamente por mí (el proveedor cuyo nombre se menciona en este formulario) o mi oficina ("mi Consultorio") y que la información es precisa a mi leal saber y entender; 2) solo conforme a mi criterio profesional y a la determinación de necesidad médica según se establece en el presente, el medicamento recetado es apropiado desde el punto de vista médico para el paciente identificado en la sección Información de contacto del paciente de este formulario (el "Paciente"); 3) mi Consultorio ha obtenido la autorización por escrito del Paciente para divulgar la información de salud personal del Paciente y cualquier otra información incluida en este formulario de inscripción que pueda ser necesaria para cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la privacidad médica o de salud, incluidas, entre otras, la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (codificada en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R.] Partes 160 y 164) y la Reglamentación sobre la Confidencialidad de los Registros de Trastorno por Consumo de Sustancias de los Pacientes (codificada en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R.] Parte 2), y sus modificaciones periódicas; 4) no he efectuado ningún acuerdo, explícito o implícito, para recomendar, recetar o usar INSUPPORT o ningún otro producto o servicio a cambio de la provisión de ningún servicio suministrado a través de INSUPPORT en nombre de ningún paciente; 5) acepto que INSUPPORT se comunique conmigo para obtener información adicional sobre el programa INSUPPORT por correo electrónico, fax, teléfono u otros medios con mi Información de contacto del consultorio proporcionada en este formulario; 6) entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que el paciente obtendrá cobertura de seguro o reembolso por el medicamento recetado, y que el programa INSUPPORT se proporciona únicamente con fines informativos y no representa una declaración, promesa ni garantía por parte de INSUPPORT o Indivior Inc. de ninguna naturaleza; 7) acepto que en ningún caso Indivior será responsable de daños ocasionados por la información solicitada o brindada por INSUPPORT o relacionados con ella; 8) entiendo que pueden invitarme a participar en encuestas opcionales respecto de cuestiones educativas y el tratamiento del paciente; 9) Comprendo que Indivior Inc. se reserva el derecho de rescindir, anular o modificar el programa INSUPPORT en cualquier momento y sin previo aviso.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entendido y aceptado la Declaración del proveedor.

*Firma del proveedor: _____ *Fecha: _____

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información personal y de salud


Al firmar a continuación, **autorizo** (1) a mi proveedor de tratamiento (incluido su personal, cualquier grupo de consultorios afiliados y/o cualquier proveedor al que me derive mi proveedor de tratamiento actual), (2) a la(s) compañía(s) de seguro de salud que figuran en mi formulario de inscripción y (3) a la farmacia especializada a las que se envía mi receta de SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release) para el cumplimiento del proceso de surtido **a utilizar y divulgar** a Indivior Inc. (incluidas sus afiliadas), y las compañías que trabajan con Indivior Inc. (en conjunto, "Destinatarias"), y a que dichas Destinatarias compartan entre ellas, **mi información personal y mi información médica protegida (mi "Información")**, incluida, entre otras, información sobre mí que figura en este formulario de inscripción y/o sobre mi tratamiento médico con SUBLOCADE, con el fin de facilitar mi inscripción y participación en el programa INSUPPORT. También autorizo a las Destinatarias a compartir mi información entre sí para que una o más de ellas pueda hacer lo siguiente: a) administrar y/o proporcionar servicios del programa INSUPPORT o información relacionada con mi inscripción; b) realizar una verificación de los beneficios del seguro y comunicar los requisitos de mi compañía de seguro de salud para acceder al tratamiento con SUBLOCADE; c) coordinar servicios y enviar información entre las Destinatarias para ayudar en la coordinación de mi tratamiento con SUBLOCADE.

Firmar este formulario es mi decisión. Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario para recibir tratamiento, seguro o beneficios de seguro; debo firmarlo únicamente si deseo participar en el programa INSUPPORT. Cualquier comunicación que transmita mi información de salud mental y del tratamiento con el medicamento en virtud de esta autorización deberá incluir un aviso que indique que dicha Información no se puede compartir. Entiendo que mi información compartida en virtud de esta autorización podría, una vez compartida, dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales sobre privacidad y podría volver a compartirse.

Puedo revocar mi autorización en cualquier momento llamando al 844-INSPPRT (844-467-7778) o enviando por correo una declaración de revocación por escrito firmada a INSUPPORT a PO Box 50, Bearfoot Road, Northborough, MA 01532. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a los usos o las divulgaciones efectuados antes de que INSUPPORT recibiera mi declaración de revocación. Si no revoco la autorización, esta expirará en cinco años a partir de la fecha en que firme a continuación, o en una fecha anterior establecida por la ley estatal. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Firma del paciente y fecha obligatorias

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entendido y aceptado esta Autorización del paciente.

 *Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

 *Firma del paciente _____ *Fecha: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS PARA PACIENTES ELEGIBLES (Opcional, firme y fecha para participar)

Al firmar a continuación y aceptar los beneficios de este Programa, certifico que he leído, comprendo y acepto los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos INSUPPORT para SUBLOCADE y que cumplo los requisitos de elegibilidad del Programa, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tengo como mínimo 18 años
- Tengo seguro médico privado
- No estoy inscrito ni cubierto por ningún programa gubernamental local, estatal, federal ni de otro tipo que pague ninguna parte de los costos de los medicamentos, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DOD, TRICARE, CHAMPVA o cualquier otro programa asistido por el gobierno financiado a nivel federal o estatal
- Soy residente de los Estados Unidos o de los territorios de los EE. UU.
- Mi proveedor de tratamiento me recetó SUBLOCADE

 *Firma del paciente _____ *Fecha: _____

Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT® para SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release)

Para recibir los beneficios conforme al Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, se debe determinar que el paciente es elegible y debe estar inscrito en el Programa de asistencia para copagos.

Requisitos de elegibilidad del paciente:

- El paciente debe tener un seguro médico privado que cubra parte del costo de SUBLOCADE conforme a un plan de beneficios médicos o de farmacia. El Programa de asistencia para copagos no es válido para pacientes no asegurados.
- Los pacientes que tengan un seguro del gobierno no son elegibles para el Programa de asistencia para copagos, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DOD, TRICARE, CHAMPVA o cualquier otro programa de asistencia del gobierno financiado federal o estatalmente.
- El paciente tiene como mínimo 18 años.
- El Programa de asistencia para copagos está disponible para pacientes solo "para uso autorizado".
- El paciente reside en los Estados Unidos o en territorios estadounidenses, según la dirección del paciente.
- El paciente reside en un estado donde la asistencia para copagos está permitida.
- El seguro privado del paciente no ha prohibido la asistencia para cupones o copagos para SUBLOCADE.
- El proveedor de tratamiento del paciente le ha recetado SUBLOCADE.

Inscripción en el Programa:

- El paciente debe solicitar la determinación de la elegibilidad y la inscripción en el Programa de asistencia para copagos mediante el Formulario de inscripción del paciente de INSUPPORT o a través de www.INSUPPORT.com/savings.
- INSUPPORT no aceptará información de inscripción modificada o que no contenga la información necesaria para la evaluación de elegibilidad para el Programa.
- La información de copago del miembro podrá proporcionarse al paciente por correo, dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para aquellos pacientes que se incluyan en la comunicación por mensajes de texto durante la inscripción. Los pacientes pueden excluirse de estas notificaciones en cualquier momento comunicándose con INSUPPORT.
- INSUPPORT requiere la autorización del paciente con el fin de inscribir al paciente elegible en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT. La autorización del paciente:
 - Tiene una validez de cinco años a partir de la fecha de la firma.
 - Se debe proporcionar cada año calendario para seguir recibiendo beneficios, suponiendo que se continúe cumpliendo con todos los criterios de elegibilidad.
- El período de elegibilidad para el Programa de asistencia para copagos se basa en un año calendario (de enero a diciembre).
 - Ya no es necesaria la reinscripción anual para el Programa de asistencia para copagos.
 - Los pacientes inscritos en asistencia para copago pueden continuar usando la misma tarjeta de copago el año siguiente a la inscripción.
 - Si un paciente pierde la información de su tarjeta de copago, pídale que se comunique con INSUPPORT al (844) 467-7778 para obtener la información de su tarjeta de copago por teléfono.

Beneficios y condiciones del Programa:

- Los pacientes elegibles pueden pagar tan solo \$0 por cada dosis mensual de SUBLOCADE durante el período de elegibilidad.
- Luego de la inscripción inicial del paciente en el Programa y cada año calendario posterior que el paciente siga tomando SUBLOCADE y reuniendo los requisitos de elegibilidad del Programa, el paciente recibirá la siguiente asistencia con copagos del medicamento:
 - El paciente recibirá un monto de beneficio extendido durante las primeras dos dosis del año calendario. El monto del beneficio extendido es de hasta \$2,016.52 para SUBLOCADE.
 - Después de las dos primeras dosis de SUBLOCADE en el mismo año calendario, el paciente recibirá un copago máximo de asistencia de \$800 por dosis durante el resto del año calendario.
 - Si la responsabilidad financiera del paciente para el medicamento es superior al beneficio máximo por dosis, el paciente será responsable de los costos restantes que el dinero del beneficio de asistencia para copagos no cubra.
 - El beneficio extendido se restablece al comienzo de cada año calendario.
- El beneficio del Programa puede aplicarse durante un máximo de 14 inyecciones por año calendario y exige que haya 23 días entre las fechas de servicio, como mínimo. El beneficio anual máximo posible es \$13,633.04.
- Si el plan de beneficios médicos del paciente cubre SUBLOCADE:
 - Se debe enviar una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por parte de la compañía de seguro médico privado del paciente dentro de los 180 días a partir de la fecha de la EOB para que el paciente reciba el beneficio de asistencia para copagos. La EOB debe reflejar el costo de bolsillo del paciente para SUBLOCADE y la presentación del reclamo de la compañía de seguro del paciente por el costo de SUBLOCADE.
- El beneficio disponible conforme al Programa de asistencia para copagos es válido para el costo de bolsillo del paciente solo para SUBLOCADE. No tiene validez para otros costos de bolsillo (por ejemplo, cargos por visitas al consultorio o por administración de medicamentos), incluso si dichos costos tienen relación con la administración de SUBLOCADE. El proveedor debe enviar los reclamos por SUBLOCADE al seguro médico privado del paciente de manera independiente de otros servicios y productos.
- Se procesarán los reclamos de copagos y se aplicarán los beneficios en el orden en que fueron recibidos.
- El paciente acepta no solicitar reembolsos (totales o parciales) de ninguna aseguradora o pagador, lo que incluye una cuenta de gastos flexibles o de ahorros para la salud, por la totalidad o una parte del beneficio que el paciente reciba a través del Programa de asistencia para copagos.
- El paciente acepta notificar a INSUPPORT de inmediato si el estado del seguro médico del paciente cambia, o si el paciente tiene derecho a un programa/pagador de seguro de salud gubernamental o si se inscribe en este.
- El beneficio del Programa de asistencia para copagos es intransferible, está limitado a una persona y no se puede combinar con ningún otro Programa de asistencia para copagos, ensayo gratuito, descuento, tarjeta de ahorros en recetas u otra oferta. La oferta no tiene valor monetario.
- La información no identificable y agregada de pacientes que participan en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT se puede recopilar, analizar, resumir y compartir con Indivior Inc. y sus afiliadas para fines estadísticos, de investigación de mercado y otros fines relacionados con la evaluación del Programa de asistencia para copagos.
- Indivior Inc. se reserva el derecho de rescindir, anular o modificar el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT en cualquier momento y sin previo aviso.
- El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT no es un seguro.