

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

PARA INSCRIBIRSE CON INSUPPORT™

1. Marque la casilla del servicio solicitado a continuación y llene el formulario de inscripción como se indica en las instrucciones.
2. Verifique que se hayan obtenido todas las firmas requeridas.
3. Envíe el registro lleno a INSUPPORT vía fax al 844-814-0669.

Si el paciente ha llenado las secciones requeridas del Registro de inscripción, el proveedor del tratamiento puede completar la inscripción en el Portal de proveedores de INSUPPORT en www.providerportal.insupport.com.

PASO 1 Servicios de INSUPPORT solicitados

Servicios centralizados: Investigación de beneficios y asistencia para copagos o Investigación de financiamiento alternativo, según corresponda

Para iniciar una Investigación de los beneficios de la cobertura del seguro del paciente para SUBLOCADE™ (buprenorfina de liberación lenta) o para obtener información sobre la ayuda económica y las autorizaciones y apelaciones previas relacionadas, incluyendo, cuando corresponda, para determinar la elegibilidad e incluir a un paciente en el Programa de asistencia para copagos para SUBLOCADE, o bien para proporcionar información sobre fuentes alternas de financiamiento o dirigir la información de un paciente a una farmacia de especialidades, **el paciente y el proveedor** deben revisar y completar los pasos 1 a 8.

Solicitud del Programa de asistencia para copagos para SUBLOCADE™

Existe ayuda con los copagos que está disponible para los pacientes elegibles que cuentan con un seguro privado a fin de ayudarlos con los gastos de SUBLOCADE. No todos los pacientes son elegibles. Se aplican Términos y condiciones. Para solicitar esta ayuda, **el paciente y el proveedor** deben revisar y completar los pasos 1 a 3 y 5 a 8.

Reinscripción a la asistencia para copagos o actualización de la información del miembro para los copagos (solo para los pacientes existentes)

ID del miembro para los copagos: _____

Para reinscribirse en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT o actualizar la información de contacto o del seguro del paciente, o del proveedor del tratamiento, **el paciente** debe completar el paso 1 y realizar lo siguiente:

- Si hay algún cambio en su información de contacto o de su seguro, **el paciente** debe proporcionar la nueva información y marcar la casilla “Actualización” correspondiente en el paso 2 o 3.
- **Si el proveedor del tratamiento del paciente cambia en algún momento, el paciente y el proveedor** deben revisar y completar los pasos 5 a 8. (Tenga en cuenta que el proveedor debe completar y firmar los pasos 5 a 7).
- Si no ha habido ningún cambio en la información de contacto o del seguro del paciente ni en el proveedor del tratamiento, **el paciente** debe completar el paso 8 para reinscribirse en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT.

Investigación de un reembolso denegado

Para iniciar una revisión e investigación de un reembolso denegado al paciente, se requiere la Explicación de beneficios y una copia de la correspondencia de denegación recibida de la compañía de seguro médico del paciente. **El paciente y el proveedor** también deben revisar y completar los pasos 1 a 3 y 5 a 8.

Investigación de financiamiento alternativo

Para iniciar una investigación de fuentes alternas de financiamiento para un paciente no asegurado o con un seguro médico limitado, **el paciente y el proveedor** deben revisar y completar los pasos 1 a 8.

ADVERTENCIA: LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA GENERA UN RIESGO DE LESIONES GRAVES O LA MUERTE; ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN Y MITIGACIÓN DE LOS RIESGOS (REMS) DE SUBLOCADE

- La administración intravenosa puede causar lesiones graves o la muerte. Si se administra por vía intravenosa, SUBLOCADE™ forma una masa sólida al contacto con los líquidos corporales y puede ocasionar oclusión, daño en el tejido local y tromboembolia, incluida una embolia pulmonar que puede ser mortal.
- Debido a que la autoadministración intravenosa puede causar un riesgo de lesiones graves o la muerte, SUBLOCADE™ solo está disponible a través de un programa restringido llamado “Programa REMS de SUBLOCADE”. Los centros médicos y las farmacias que ordenan y despachan SUBLOCADE deben estar certificadas en este programa y cumplir con los requisitos de la REMS.

Indivior Inc. se reserva el derecho a cancelar, revocar o modificar cualquier servicio brindado por INSUPPORT a su elección y sin previo aviso.

Consulte la Información para prescribir completa del producto (adjunta), incluida la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, o visite sublocade.com.

PASO 2 Información de contacto del paciente

Actualización

| | | | | | |
|--------------------|--|----------------------------|----------|----------------------------------|--|
| Nombre | | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Dirección | | Ciudad | | Estado | C.P. |
| () | | () | | | |
| Teléfono principal | | Teléfono celular | | Dirección de correo electrónico | |

PASO 3 Información del seguro del paciente

Actualización

(Adjunte una copia por ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente. Si no las tiene a la mano, proporcione la siguiente información.)

Paciente asegurado S N

Tipo de seguro principal Privado/Comercial Medicaid Medicare Otro

Tipo de seguro secundario Privado/Comercial Medicaid Medicare Otro

Nombre del seguro principal

| | | |
|-----------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Nombre del titular o beneficiario | | Parentesco con el paciente |
| () | | () |
| No. de ID de la póliza | No. de grupo | Teléfono del seguro principal |

Nombre del seguro secundario (cuando corresponda)

| | | |
|-----------------------------------|--------------|----------------------------|
| Nombre del titular o beneficiario | | Parentesco con el paciente |
| () | | () |
| No. de ID de la póliza | No. de grupo | Teléfono |

Si el paciente cuenta con un plan de cobertura de recetas médicas por separado, indíquelo a continuación. (Los pacientes de Medicare deben utilizar la información de la Parte D de Medicare.)

Nombre del plan de beneficios de farmacia (cuando corresponda)

| | | |
|---|----------------------|----------------------------|
| Nombre del titular de la póliza | | Parentesco con el paciente |
| () | | () |
| No. de ID de la póliza | Grupo de recetas No. | |
| No. de BIN (recetas) | No. de PCN (recetas) | |
| () | () | |
| Teléfono del plan de beneficios de farmacia | | |

Nombre del plan secundario de beneficios de farmacia (cuando corresponda)

| | | |
|---|----------------------|----------------------------|
| Nombre del titular de la póliza | | Parentesco con el paciente |
| () | | () |
| No. de ID de la póliza | Grupo de recetas No. | |
| No. de BIN (recetas) | No. de PCN (recetas) | |
| () | () | |
| Teléfono del plan de beneficios de farmacia | | |

PASO 4 Información financiera del paciente (Requerida para la Investigación de financiamiento alternativo)

Si se requiere un comprobante adicional de ingresos para determinar la elegibilidad del paciente, INSUPPORT se comunicará directamente con el paciente.

Número de personas (incluido el paciente) que viven en el hogar _____

Ingreso familiar mensual bruto _____

(Incluya: ingresos antes de impuestos, pensión, intereses o dividendos, beneficios del Social Security y todas las demás fuentes de ingresos.)

Para ver la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, consulte la carátula. Consulte la Información completa de prescripción (adjunta), incluida la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, o visite sublocade.com.

PASO 5 Información del proveedor
 Actualización

| | | |
|--|---|--|
| Nombre _____ | Apellido _____ | |
| No. de NPI _____ | No. de licencia estatal _____ | No. de la DEA _____ |
| Nombre del centro o consultorio _____ | No. NPI del consultorio _____ | No. de ID fiscal _____ |
| Domicilio del consultorio _____ () _____ | Ciudad _____ () _____ | Estado _____ C.P. _____ |
| Teléfono del consultorio _____ () _____ | Fax del consultorio _____ () _____ | |
| Nombre y apellido del contacto del consultorio _____ | Teléfono del contacto del consultorio _____ | Dirección de correo electrónico del contacto del consultorio _____ |

Adquisición preferida del producto:
 Distribuidor de especialidades: compra y facturación
 Farmacia de especialidades
 Farmacia preferida de especialidades: _____
 (Se utiliza si la farmacia de especialidades no es impuesta por el obligado.)

PASO 6 Información del tratamiento (Para ser llenada solo por el proveedor)

 Código de diagnóstico ICD-10: _____ Dosis recetada: SUBLOCADE™ 100 mg SUBLOCADE™ 300 mg
 Fecha de inyección programada: _____ (si se conoce)

Certificación del proveedor: Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT

Con mi firma a continuación certifico lo siguiente:

- En ejercicio de mi opinión médica independiente, al paciente indicado en la solicitud le he recetado el Producto del programa, para su indicación aprobada por la FDA.
- He leído los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT. Certifico que, a mi leal saber y entender, el paciente cumple con los criterios establecidos en los Términos y condiciones.
- Al determinar el monto de cualesquiera cargos al paciente, ni mi consultorio ni yo tomaremos en cuenta el hecho de que el paciente podría beneficiarse del Programa de asistencia para copagos.
- Certifico que ni mi consultorio ni yo cobraremos al paciente ninguna cuota por llenar este documento y que tampoco haremos publicidad o de otra forma utilizaremos el Programa de asistencia para copagos como un medio de promoción para mis servicios o para el Producto del programa.
- La solicitud de reembolso que presentemos mi consultorio o yo a la compañía de seguro médico privado del paciente para el pago del Producto del programa incluirá dicho Producto por separado de cualquier solicitud de reembolso por la administración del medicamento o por cualesquiera otros conceptos o servicios brindados al paciente.
- Mi consultorio o yo somos los responsables de reportar la recepción de los beneficios del Programa de asistencia para copagos a la aseguradora, el plan médico u otro tercero que pague o reembolse alguna parte del costo del medicamento pagado por dicho Programa, según sea requerido.
- Ni mi consultorio ni yo buscaremos un reembolso de alguna parte del beneficio recibido por el paciente a través del Programa de asistencia para copagos.
- Mi consultorio o yo recibiremos el pago del beneficio que el paciente reciba conforme al Programa de asistencia para copagos directamente de dicho Programa en representación de mi paciente. Mi consultorio o yo aplicaremos todos los montos recibidos del Programa de asistencia para copagos en cumplimiento con la obligación del paciente únicamente para cubrir el costo del Producto del programa. Si mi consultorio o yo ya recibimos el pago del paciente por su parte del costo del Producto del programa por el cual el paciente recibe un beneficio a través del Programa de asistencia para copagos, mi consultorio o yo reembolsaremos al paciente los montos recibidos.
- Es posible que se me pida firmar una Certificación del proveedor si cambian los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos para el Producto del programa.

PASO 7 Autorización del proveedor

Con mi firma a continuación certifico lo siguiente:

- Esta solicitud de servicios fue elaborada exclusivamente por el proveedor o por el consultorio identificado en la presente ("mi Consultorio").
- En mi opinión profesional, el medicamento recetado es médicamente apropiado para el paciente identificado y mi consultorio supervisará el tratamiento del paciente.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es precisa.
- Mi Consultorio ha obtenido la autorización por escrito del paciente identificado en esta solicitud para divulgar su información médica personal y cualquier otra información contenida en este formulario de inscripción que INSUPPORT pueda requerir para brindar los servicios solicitados, conforme a lo requerido para cumplir con todas las leyes federales y estatales y las normas relacionadas con la confidencialidad de la información médica o de salud, incluyendo, entre otras, la Norma de Confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, codificada en los artículos 160 y 164 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos [C.F.R.]) y la Norma de Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes con Trastorno por Farmacodependencia (codificada en el artículo 2 del Título 42 del C.F.R.), y sus modificaciones.
- Que: (a) ningún servicio brindado a través de INSUPPORT en representación de cualquier paciente se proporciona a cambio de algún acuerdo o entendimiento expreso o implícito de que yo recomendaría, recetaría o utilizaría INSUPPORT o algún otro producto o servicio para alguien, y (b) mi decisión de recetar los productos señalados en esta página y de solicitar los servicios de INSUPPORT para mi paciente se basa únicamente en mi determinación de la necesidad médica aquí señalada.
- Que INSUPPORT puede comunicarse conmigo para obtener información adicional relacionada con los servicios solicitados, incluyendo, entre otros, vía correo electrónico, fax y teléfono.
- Que llenar este formulario de inscripción no asegura que el paciente obtendrá la cobertura o el reembolso del seguro para el medicamento recetado y que todo servicio proporcionado a través de INSUPPORT se brinda únicamente con fines informativos y no representa ninguna declaración, promesa o garantía por parte de INSUPPORT o Indivior Inc. Acepto que Indivior en ningún caso será responsable de los daños y perjuicios que resulten o estén relacionados con los servicios solicitados o prestados por INSUPPORT.
- Es posible que se me invite a participar en encuestas opcionales relacionadas con la educación y el tratamiento de los pacientes.
- Entiendo que Indivior Inc. se reserva el derecho, en todo momento y sin previo aviso, a rescindir, revocar o modificar cualesquiera servicios de INSUPPORT.

Con mi firma a continuación, confirmo que he leído, entiendo y acepto la Certificación del proveedor y los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, según corresponda, así como la Autorización del proveedor.

| | | |
|---------------------|---|-------|
| | X | _____ |
| Firma del proveedor | | Fecha |

 Para ver la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, consulte la carátula. Consulte la Información completa de prescripción (adjunta), incluida la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, o visite sublocade.com.

Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ para SUBLOCADE™ (buprenorfina de liberación lenta)

Para recibir los beneficios del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, el paciente debe ser considerado elegible y estar inscrito en dicho Programa.

Requisitos de elegibilidad para el paciente:

- El paciente debe contar con un seguro médico privado que le brinde cobertura para una porción del costo de SUBLOCADE conforme a un plan de beneficios médicos o de farmacia. El Programa de asistencia para copagos no es válido para los pacientes no asegurados.
- Los pacientes con un seguro gubernamental no son elegibles para el Programa de asistencia para copagos, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, Administración de Veteranos (VA), Departamento de Defensa (DoD), TRICARE, CHAMPVA o cualquier otro programa de gobierno financiado a nivel federal o estatal.
- El paciente es mayor de 18 años y menor de 65 años.
- El Programa de asistencia para copagos está disponible para los pacientes únicamente para su uso “como se indica en la etiqueta”.
- De acuerdo con su dirección, el paciente es residente de los Estados Unidos o de sus territorios.
- El paciente es residente de un estado donde no está prohibida la asistencia para copagos.
- El seguro privado del paciente no ha prohibido los cupones o la asistencia para copagos para SUBLOCADE™.

Inscripción al Programa:

- El proveedor del paciente debe presentar el Registro de inscripción del paciente a INSUPPORT debidamente llenado para solicitar que se determine su elegibilidad y su inscripción al Programa de asistencia para copagos en representación del paciente.
- INSUPPORT no aceptará registros de inscripción modificados o sin la información requerida para los servicios solicitados, a fin de determinar la elegibilidad para el Programa.
- INSUPPORT requiere la firma del paciente y la fecha en la Autorización y consentimiento del paciente para determinar su elegibilidad y su inscripción en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT. La Autorización y consentimiento del paciente ya firmada es:
 - válida por dos años a partir de la fecha de firma.
 - obligatoria para su entrega cada año natural durante la reinscripción a fin de que el paciente continúe en el Programa, suponiendo que se sigue cumpliendo con todos los demás criterios de elegibilidad.
 - aplicable solo a un consultorio y a los proveedores afiliados. Si el paciente cambia a un proveedor de otro consultorio, ello no afectará su elegibilidad para recibir los beneficios del Programa de asistencia para copagos; sin embargo, el paciente y el nuevo proveedor deberán proporcionar la información requerida en la Reinscripción antes de que el beneficio del Programa para el cual el paciente sea elegible pueda ser pagado a dicho proveedor en representación del paciente.
- El periodo de elegibilidad para el Programa de asistencia para copagos se basa en el año natural (de enero a diciembre).
 - Si la inscripción inicial del paciente en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT ocurre entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre, el paciente no tendrá que reinscribirse en el Programa al inicio del siguiente año natural. Como resultado, el primer periodo de inscripción del paciente puede ser de hasta 15 meses y todos los periodos de inscripción posteriores serán de un año natural.

Beneficios y condiciones del Programa:

- El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT no es un seguro.
- El paciente tendrá un monto mínimo de gastos de \$5 por inyección de SUBLOCADE durante el periodo de elegibilidad.
- Después de su inscripción inicial en el Programa y cada año natural posterior que continúe recibiendo SUBLOCADE™ y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad del Programa, el paciente recibirá la siguiente ayuda con los copagos del medicamento:
 - El paciente recibirá un monto por ampliación de beneficios para las dos primeras inyecciones en el año natural. El monto de la ampliación de beneficios es de hasta \$1580 para SUBLOCADE™.
 - Después de las dos primeras inyecciones de SUBLOCADE en el mismo año natural, el paciente recibirá un monto máximo de asistencia para copagos de \$800 por inyección por el resto del año natural.
 - Si la responsabilidad financiera del paciente por el medicamento es mayor al beneficio máximo por inyección, el paciente será responsable de cualquier costo restante no cubierto por el beneficio de asistencia para copagos.
 - La ampliación de beneficios se reinicia al inicio de cada año natural.
- Si SUBLOCADE™ está cubierto por el plan de beneficios médicos del paciente:
 - La compañía de seguro médico privado del paciente debe entregar una Explicación de beneficios (EOB) en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de la EOB para que el paciente reciba el beneficio de asistencia para copagos. La EOB debe reflejar los gastos del paciente por SUBLOCADE™ y la entrega de la solicitud de reembolso del proveedor del paciente por el costo de este medicamento.
- El beneficio disponible conforme al Programa de asistencia para copagos es válido únicamente para los gastos del paciente por SUBLOCADE™. No es válido para otros gastos del paciente (por ejemplo, cargos por visitas al consultorio o por la administración del medicamento), incluso si están relacionados con la administración de SUBLOCADE. El proveedor debe enviar las reclamaciones de reembolso por SUBLOCADE™ al seguro médico privado del paciente por separado de otros servicios y productos.
- Las solicitudes de reembolso de los copagos se tramitarán en el orden de su recepción y asimismo se aplicarán los beneficios.
- El paciente y el proveedor acuerdan que no buscarán el reembolso parcial o total del beneficio recibido por el paciente a través del Programa de asistencia para copagos.
- El beneficio del Programa de asistencia para copagos no se puede combinar con ningún otro Programa de asistencia para copagos, estudio gratuito, descuento, tarjeta de ahorro en medicamentos recetados u otras ofertas.
- La información anónima y en conjunto de los pacientes que participan en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT se puede reunir, analizar, resumir y compartir con Indivior Inc. y sus filiales para fines estadísticos y de investigaciones de mercado, así como para otros fines relacionados con la evaluación de dicho Programa.
- Indivior Inc. se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT en cualquier momento y sin previo aviso.

Certificación del paciente para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT (Únicamente seguros privados o comerciales)

Con mi firma en este formulario de inscripción hago constar que he leído, entendido y aceptado los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, y que cumplo con los requisitos de elegibilidad del Programa, incluidos los siguientes:

- Cuento con un seguro médico privado que cubre cierta porción de mis medicamentos recetados.
- NO buscaré un reembolso (total o parcial) por el costo de mi medicamento recetado de ningún programa de atención médica estatal, federal o gubernamental, como Medicaid, Medicare, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos, etc.
- No buscaré un reembolso (total o parcial) por el costo de mi medicamento recetado de ningún tercero obligado, incluidas las cuentas de gastos flexibles o de ahorros para atención médica.
- Informaré de inmediato a INSUPPORT si cambio de proveedor, si el estado de mi seguro médico cambia en el futuro, si obtengo un nuevo plan de seguro médico, o si obtengo el derecho o me inscribo a un programa de seguro médico gubernamental.

Para ver la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, consulte la carátula. Consulte la Información completa de prescripción (adjunta), incluida la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, o visite sublocade.com.

PASO 8 Autorización y consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de su información médica y personal

Con mi firma a continuación:

- **Autorizo a:** 1. mi proveedor del tratamiento (incluido su personal y los consultorios afiliados), 2. las compañías de seguros médicos indicadas en mi formulario de inscripción, y 3. la farmacia de especialidades que me despacha SUBLOCADE™ a usar y divulgar a Indivior Inc. (incluidas sus filiales), McKesson Specialty Arizona Inc., SourceHOV L.L.C., Liquid Hub, Inc., Xcenda L.L.C. y mi Representante autorizado (de ser designado) (conjuntamente, los "Receptores"), y asimismo a que dichos Receptores compartan entre ellos, **mi información médica y personal**. Esto incluye toda la información contenida en mi formulario de inscripción y acerca de mi tratamiento médico con SUBLOCADE (en conjunto, la "Información"). Esta Información se puede compartir **para fines específicos** y cuando sea necesario, a fin de que INSUPPORT brinde los servicios para los que me he inscrito o cumpla con las normas de seguridad. Tales fines pueden incluir uno o más de los siguientes:
 - a) Verificar los beneficios del seguro e informar a mi compañía de seguro médico de los requisitos de acceso al tratamiento con SUBLOCADE.
 - b) Coordinar los servicios y compartir información entre los Receptores para ayudar a coordinar mi tratamiento con SUBLOCADE.
 - c) Brindarme información educativa y materiales relacionados con los servicios a los que me inscribí.
 - d) Invitarme a participar en encuestas opcionales sobre mi tratamiento.
 - e) Proporcionarme información sobre el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, determinar si soy elegible para el mismo y ayudarme con mi inscripción y participación continua para SUBLOCADE™. INSUPPORT también puede proporcionar información sobre otros programas o fuentes de financiamiento para ayudarme con los gastos de mi medicamento.
- Comprendo que:
 - **Mi método de comunicación predeterminado** para recibir información de INSUPPORT es **por correo postal de los EE. UU.** En cualquier momento puedo cambiar mi método de comunicación y cualquier otra información en mi formulario de inscripción, llamando al 844-INSPPRT (844-467-7778). Asimismo, puedo actualizar la información en el Portal para pacientes de INSUPPORT en www.myportal.insupport.com.
 - **Es mi decisión firmar este documento.** Si no lo firmo, ello no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, mi seguro ni mis beneficios; solo se limitará mi capacidad para recibir los servicios solicitados de INSUPPORT.
 - Esta autorización no permite que el receptor de mi información de salud mental y tratamiento farmacológico comparta la información sin mi autorización, a menos que la ley estatal o federal lo permita. Toda esa información compartida como resultado de esta autorización debe incluir un aviso de que dicha información no se puede volver a compartir. Una vez compartida, la demás información compartida como resultado de esta autorización podría ya no estar sujeta a la ley federal y podría volver a ser compartida.
 - Esta autorización vencerá 2 (dos) años después de la fecha de mi firma a continuación.
 - **Puedo revocar mi autorización** en cualquier momento llamando al 844-INSPPRT (844-467-7778) o enviando por correo a INSUPPORT una declaración escrita de mi revocación a PO Box 29297, Phoenix, AZ 85038. Entiendo que una vez que informe a INSUPPORT de mi decisión de revocar esta autorización, ya no se usará ni divulgará más mi información, excepto si ya se emprendió alguna acción basada en esta autorización.
 - Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.
 - Mi farmacia de especialidades puede recibir un pago de Indivior Inc. a cambio de proporcionar mi Información conforme a esta autorización.

Servicios adicionales (marque la casilla si desea participar) (Opcional)
 Llamada de resumen de los beneficios del paciente (opcional): *Aplicable solo si se solicita una Investigación de beneficios*

Autorizo a INSUPPORT para que se comunice conmigo o me deje un mensaje de voz, al número proporcionado abajo, específicamente para los fines de revisar mi información de cobertura de beneficios para mi tratamiento recetado, para hablar de los servicios para los que me he inscrito y el proceso relacionado para recibir mi tratamiento recetado, y para establecer mis preferencias para cualquier comunicación futura con INSUPPORT respecto de los servicios para los que me inscribí. Entiendo que INSUPPORT no puede brindar y no brindará orientación médica.

 Teléfono preferido: (_____) _____ Mejor día para llamar: L Ma Mi J V Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche

 Correspondencia de publicidad (opcional)

Autorizo a McKesson Specialty Health a divulgar mi información personal a Klick Health específicamente para enviarme materiales educativos y publicitarios, vía correo electrónico o postal, cuando estén relacionados con mi tratamiento con SUBLOCADE o sobre otros productos y servicios relacionados de Indivior.

 Oportunidad de investigación científica (opcional)

Autorizo a McKesson Specialty Health a divulgar mi información de contacto a RTI International específicamente para evaluar mi interés en participar en una oportunidad de investigación futura relacionada con mi tratamiento con SUBLOCADE.

Representante autorizado (Opcional)

Otorgo mi autorización para que INSUPPORT se comunice con el Representante autorizado señalado a continuación a fin de hablar de la información proporcionada en este formulario de inscripción o consentimiento, de mi tratamiento con SUBLOCADE y de mis preferencias y mi necesidad continua de los servicios de INSUPPORT. Entiendo que Indivior no será responsable de ninguna acción emprendida en respuesta a las indicaciones recibidas de mi Representante autorizado.

 _____ (_____)
 Nombre del Representante autorizado o tutor (con letra de imprenta) Parentesco con el paciente Teléfono

Firma del paciente

Con mi firma a continuación, confirmo que he leído, entendido y aceptado la Autorización y consentimiento del paciente, y la Certificación del paciente para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT, según corresponda, de acuerdo con los servicios solicitados en mi formulario de inscripción. Asimismo, con mi firma certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es fiel y completa.

X
 Firma del paciente _____ Fecha _____

Para ver la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, consulte la carátula. Consulte la Información completa de prescripción (adjunta), incluida la **ADVERTENCIA ENMARCADA**, o visite sublocade.com.

Signature Page for P-BAG-US-00224 v1.0

| | |
|------------------|---|
| Medical Approval | Sasha Gallagher Medical 06-Feb-2018 19:29:44 GMT+0000 |
|------------------|---|

| | |
|---------------------|--|
| Regulatory Approval | Diana Mason Regulatory 06-Feb-2018 19:46:01 GMT+0000 |
|---------------------|--|

| | |
|----------------|--|
| Legal Approval | Daniel Murdock Legal 06-Feb-2018 20:48:27 GMT+0000 |
|----------------|--|

| | |
|----------------|--|
| Owner Sign-Off | becky wallace (rebecca.wallace@indivior.com) on behalf of pamela Knight Job Owner 06-Feb-2018 22:15:57 GMT+0000 |
|----------------|--|

| | |
|---------------------|--|
| Coordinator Signoff | Cherryl Pope Coordinator 07-Feb-2018 13:21:36 GMT+0000 |
|---------------------|--|

Signature Page for P-BAG-US-00224 v1.0