

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Páginas (Incluida esta portada): \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

N.º de fax: \_\_\_\_\_

## PARA INSCRIBIRSE EN INSUPPORT®

1. Revise las descripciones de las Opciones del programa INSUPPORT y complete el formulario de inscripción según se indica en las instrucciones a continuación.
2. Verifique que se hayan obtenido todas las firmas necesarias.
3. Envíe el formulario completo por fax, junto con esta portada, a INSUPPORT al 844-814-0669.

### PASO 1 Selección de opciones del programa solicitadas (Obligatorio: elija todas las que correspondan)

#### Información sobre la cobertura de beneficios

Obtenga información sobre la cobertura de beneficios del paciente para SUBLOCADE® (buprenorfina de liberación prolongada) según el centro de atención médica actual.

- INSUPPORT puede realizar una investigación de beneficios, brindar información sobre el proceso de autorización previa (Prior Authorization, PA) o de apelaciones, y confirmar los requisitos de adquisición de productos del proveedor de seguros del paciente
- Si corresponde, INSUPPORT puede determinar la elegibilidad e inscribir a un paciente elegible para el Programa de asistencia para copagos de SUBLOCADE de INSUPPORT®, o proporcionar información sobre financiación alternativa.
- Secciones necesarias del formulario de inscripción del paciente: **pasos 1 al 4** y **pasos 6 al 9**
- Si se solicita a continuación, los proveedores que deseen recetar SUBLOCADE al paciente pueden solicitarle a INSUPPORT que envíe la información del paciente a una farmacia especializada (specialty pharmacy, SP).

**OPCIONAL: enviar la información del paciente a una SP**

SP preferida: \_\_\_\_\_  
 (Se considera SP si no es obligatoria para el pagador)

#### Programa de asistencia para copagos de SUBLOCADE

INSUPPORT puede determinar la elegibilidad e inscribir a un paciente con seguro privado elegible en el Programa de asistencia para copagos con el fin de ayudarlo con los costos de bolsillo de SUBLOCADE. No todos los pacientes son elegibles. Se aplican términos y condiciones.

- Secciones necesarias del formulario de inscripción del paciente: **pasos 1 al 4**, **pasos 6 al 7** y **paso 9**

#### Apoyo con la transición de atención

Para pacientes que hacen la transición a un nuevo entorno de atención médica para continuar con el tratamiento con SUBLOCADE, INSUPPORT puede brindar información sobre el paciente y sobre la cobertura de beneficios según el nuevo centro de atención al proveedor actual y al proveedor nuevo. INSUPPORT también puede enviar a los pacientes que optan por esta opción recordatorios por mensaje de texto sobre el plazo para su próxima inyección o la fecha de su próxima cita con el nuevo proveedor.

- Secciones necesarias del formulario de inscripción del paciente: **pasos 1 al 9**

#### ADVERTENCIA: RIESGO DE DAÑO GRAVE O MUERTE CON LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA; EVALUACIÓN DE RIESGOS Y ESTRATEGIA DE MITIGACIÓN DE SUBLOCADE

- **En caso de administración intravenosa, puede provocar daños graves o la muerte. Si se administra de manera intravenosa, SUBLOCADE forma una masa sólida al contacto con los fluidos corporales y puede provocar oclusión, daño a los tejidos locales y eventos tromboembólicos, incluida embolia pulmonar potencialmente mortal.**
- **Debido al riesgo de daño grave o muerte que puede producirse como resultado de la autoadministración intravenosa, SUBLOCADE se encuentra disponible únicamente a través de un programa llamado Programa SUBLOCADE REMS. Los entornos de atención médica y las farmacias que recetan y suministran SUBLOCADE deben estar certificados en este programa y cumplir con los requisitos del Programa REMS.**

Indivior Inc. se reserva el derecho de cancelar, anular o modificar el programa INSUPPORT como lo decida, sin previo aviso.

Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y la **Guía del medicamento**, o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).

**PASO 2 Información del proveedor actual** (para ser completado solo por el proveedor)

*Nombre del proveedor		*Apellido del proveedor	
*N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor	N.º de licencia del estado	N.º de la Agencia Antinarcóticos (DEA)	
*Tipo de centro:    Consultorio privado    Hospital/clínica ambulatoria		Centro para pacientes internados    Correccional	
Nombre del consultorio/centro		*N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del consultorio	N.º de identificación fiscal del consultorio
*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		

**PASO 3 Información sobre el tratamiento** (para ser completado solo por el proveedor)

\*Código de diagnóstico de la ICD-10: \_\_\_\_\_ Fecha programada de la inyección: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (si se conoce)

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

**Recordatorio: Si utiliza una farmacia especializada, recuerde enviar una receta válida de SUBLOCADE directamente a la farmacia.**
**PASO 4 Declaración del proveedor** (obligatorio)

Al firmar a continuación, certifico que:

1) La información ingresada en los pasos 2, 3, 5, 6, 7 y 8 (según corresponda) de 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 pacientes; 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, comprendo y acepto la Certificación del Proveedor y los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT®, según corresponda, y esta Declaración del proveedor.**

_____ *Firma del proveedor	____ / ____ / ____ *Fecha
-------------------------------	------------------------------

 Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y [la Guía del medicamento](#), o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).

**PASO 5** Información sobre la transición de atención (obligatorio solo si se solicita "Apoyo con la transición de atención" en el paso 1)

**Proveedor de atención continua**

Complete esta sección solo si deriva al paciente a un nuevo proveedor de atención continua diferente del proveedor actual mencionado en el paso 2 para que continúe con el tratamiento en curso con SUBLOCADE.

**Recordatorio: Confirme que el proveedor identificado a continuación está aceptando nuevos pacientes.**

\*Tipo de centro:      Consultorio privado      Hospital/clínica ambulatoria      Centro para pacientes internados

\*Nombre del proveedor/centro

\*N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor/centro

\*Dirección del proveedor/centro

\*Ciudad

\*Estado

\*Código postal

(      )

(      )

\*Número de teléfono del proveedor/centro

\*Número de fax del proveedor/centro

Fecha de alta hospitalaria planificada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Plazo para la próxima inyección: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (la fecha debe ser posterior a la fecha del alta hospitalaria)

Solo si el paciente tendrá un nuevo seguro después de recibir el alta hospitalaria que difiere de la información del seguro actual en el paso 7, proporcione la información del nuevo seguro a continuación.

Fecha de inicio del nuevo seguro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo de seguro principal

Privado/comercial

Medicaid, estado: \_\_\_\_

Medicare

Nombre del 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

Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y [la Guía del medicamento](#), o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).

**PASO 6 Información de contacto del paciente**

*Nombre		Inicial del segundo nombre	*Apellido	/ /	*Sexo	M	F
				*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)			
*Dirección			*Ciudad	*Estado	*Código postal		
( )		( )					
*Número de teléfono principal		Número de teléfono móvil		Dirección de correo electrónico			
Número de identificación emitido por el gobierno							

**PASO 7 Información de seguro actual del paciente**  Marque esta opción si el paciente no tiene seguro actualmente

Adjunte una copia de ambos lados de todas las tarjetas de seguro de paciente aplicables. Si no está disponible, complete la siguiente información.

Marque esta opción si adjunta una copia de las tarjetas de seguro del paciente.

*Tipo de seguro primario	Privado/Comercial Medicare	Medicaid Otro	Tipo de seguro secundario	Privado/Comercial Medicare	Medicaid Otro
--------------------------	-------------------------------	------------------	---------------------------	-------------------------------	------------------

*Nombre del seguro primario			Nombre del seguro secundario (si corresponde)		
*Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta		*Relación con el paciente	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	N.º de identificación de póliza	N.º de grupo	Teléfono

Si el paciente tiene un plan de cobertura de receta independiente, agréguelo debajo. (Los pacientes de Medicare utilizan información de la Parte D de Medicare).

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

**PASO 8 Información financiera del paciente** (obligatoria solo si el paciente no tiene seguro como se indica en el paso 7)

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

\*Cantidad de personas (incluido el paciente) que viven en el hogar \_\_\_\_\_

\*Ingresos brutos mensuales del hogar \_\_\_\_\_  
(Incluya salarios pretributarios, pensiones, intereses/dividendos, beneficios del Seguro Social y cualquier otra fuente de ingresos).

Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y [la Guía del medicamento](#), o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).



**PASO 9** Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información personal y de salud

Al firmar a continuación, **autorizo a** 1. 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. la(s) compañía(s) de seguro médico que figuran en mi formulario de inscripción, y 3. la farmacia especializada a la que se envía mi receta de SUBLOCADE para el surtido **a usar y divulgar** a Indivior Inc. (incluidas cualquiera de sus afiliadas), INSUPPORT, McKesson Corporation y cualquiera de sus afiliadas, incluidas RxCrossroads by McKesson, SourceHOV L.L.C., NDC Health Corporation que opera como RelayHealth, Capgemini America, Inc., Symphony Health Solutions Corporation (incluida su afiliada Source Healthcare Analytics, L.L.C.), AmerisourceBergen Corporation (incluida su afiliada Xcenda L.L.C.) y a mi contacto de paciente alternativo (si figura) (en conjunto, los “Destinatarios”), y a que dichos Destinatarios compartan entre sí, **mi información personal y médica (mi “Información”)**, incluida cualquier información sobre mí que figure en este formulario de inscripción o sobre mi tratamiento médico con SUBLOCADE. Esta información se puede compartir para permitir que los Destinatarios: a) administren el programa INSUPPORT; b) cumplan con las regulaciones de seguridad; c) realicen una verificación de los beneficios del seguro y comuniquen los requisitos de mi compañía de seguro médico para acceder al tratamiento con SUBLOCADE; d) coordinen y envíen información entre Destinatarios para ayudar en la coordinación de mi tratamiento con SUBLOCADE; e) me brinden información y materiales educativos vinculados a los servicios en los que estoy inscrito; f) me inviten a participar en encuestas opcionales sobre mi tratamiento; o g) me brinden información sobre el Programa de asistencia para copagos de SUBLOCADE de INSUPPORT®, determinen si soy elegible para este programa y colaboren en mi inscripción y participación continua en este programa. Entiendo que mi farmacia especializada puede recibir un pago de Indivior Inc. a cambio de proporcionar mi Información de acuerdo con esta autorización.

Entiendo que **mi método de comunicación preestablecido** para recibir información de INSUPPORT **es a través del correo postal de 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). **Firmar este formulario es mi decisión.** Si no firmo este formulario, no se verá afectada mi posibilidad de recibir tratamiento, el seguro o beneficios del seguro. Si no firmo el formulario, esto solo limitará mi capacidad para participar en el programa INSUPPORT. Esta autorización no permite que el destinatario de mi información de salud mental y del tratamiento con el medicamento comparta dicha información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes estatales y federales. Cualquier comunicación que contenga mi información de salud mental y del tratamiento con el medicamento como consecuencia de esta autorización deberá incluir un aviso que indique que dicha información no se puede compartir. Otra información compartida como resultado de esta autorización no puede, una vez compartida, estar sujeta a las leyes federales y podría volver a compartirse. Esta autorización expirará en dos (2) años a partir de la fecha en que firme el formulario a continuación, o en una fecha anterior establecida por la ley estatal. **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 al PO Box 29297, Phoenix, AZ 85038. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a los usos o las divulgaciones efectuados antes de que INSUPPORT recibiera mi declaración de revocación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y [la Guía del medicamento](#), o visite [SUBLOCADE.com](#). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](#).

**PASO 9 Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información personal y de salud (Cont.)**
**Opciones adicionales - marque la casilla para incluirse**

Tenga en cuenta: INSUPPORT pondrá en práctica las opciones seleccionadas solo cuando sea aplicable para las opciones del programa solicitadas en este formulario de inscripción.

**INFORMARME:** Autorizo a McKesson Corporation y sus afiliadas a divulgar mi información a Klick Health para que pueda enviarme materiales educativos, ya sea por correo electrónico o postal, en relación con mi tratamiento con SUBLOCADE u otros productos y servicios relacionados de Indivior.

**HACERME UN ENVÍO POR CORREO:** Autorizo a INSUPPORT a utilizar mi Información para proporcionarme una copia de la información de mi cobertura de beneficios para SUBLOCADE.

**LLAMARME:** Autorizo a INSUPPORT a utilizar mi Información para que pueda recibir una llamada telefónica o un correo de voz al número de teléfono proporcionado a continuación a fin de que INSUPPORT pueda revisar conmigo la información de mi cobertura de beneficios para SUBLOCADE.

Número de teléfono al cual llamar: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Mejor horario para llamar:      Mañana      Tarde      Noche

**ENVIARME UN MENSAJE DE TEXTO:** Autorizo a INSUPPORT a utilizar mi Información para enviarme un recordatorio por mensaje de texto al número de teléfono móvil proporcionado a continuación, sobre el plazo para mi próxima inyección o la fecha de mi próxima cita con mi nuevo proveedor, relacionados con mi transición de atención, según la información que INSUPPORT tiene en sus registros. Entiendo que se aplicarán tarifas de mensaje de texto estándar.

Número de teléfono móvil para mensajes de texto: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Contacto de paciente alternativo (Opcional)**

Nombre de contacto alternativo (en letra de imprenta)      Relación con el paciente      ( \_\_\_\_\_ )  
 Número de teléfono

Nombre de contacto alternativo (en letra de imprenta)      Relación con el paciente      ( \_\_\_\_\_ )  
 Número de teléfono

**Firma del paciente y fecha obligatorias**

**Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entiendo y acepto esta Autorización del paciente.**

\_\_\_\_\_  
 \*Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
 \*Firma del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \*Fecha

Consulte la [información completa de prescripción](#) que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y [la Guía del medicamento](#), o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).

## Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de SUBLOCADE® (buprenorfina de liberación prolongada) de INSUPPORT®

Para recibir los beneficios conforme al Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT®, se debe determinar que el paciente es elegible e inscribirlo 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 y menos de 65 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 copagos para SUBLOCADE.
- El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT no es un seguro.

### Inscripción en el Programa:

- El proveedor del paciente debe solicitar la determinación de la elegibilidad y la inscripción en el Programa de asistencia para copagos en nombre del paciente mediante el formulario de inscripción del paciente de INSUPPORT® o el Portal de asistencia para copagos de INSUPPORT™ ubicado en [www.insupportcopay.com](http://www.insupportcopay.com).
- INSUPPORT no aceptará formularios de inscripción modificados o que no contengan la información necesaria para los servicios solicitados para la evaluación de elegibilidad para el Programa.
- INSUPPORT requiere la firma del paciente y la fecha en la Autorización y Consentimiento del Paciente a fin de inscribir al paciente elegible en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT. La Autorización y Consentimiento del Paciente firmados:
  - Tienen una validez de dos años a partir de la fecha de la firma
  - Se deben proporcionar cada año calendario durante la reinscripción para que el paciente continúe en el Programa, dando por hecho que todavía cumple todos los demás requisitos de elegibilidad.
  - Se aplica solo a un consultorio y proveedor(es) afiliado(s). En caso de que el paciente cambie a un proveedor que pertenece a otro consultorio, la elegibilidad del paciente para recibir beneficios en virtud del Programa de asistencia para copagos no se verá afectada; sin embargo, el paciente y el nuevo proveedor deben completar la información obligatoria en el Formulario de inscripción antes de que el beneficio del Programa para el que el paciente es elegible pueda pagarse a dicho proveedor a nombre del paciente.
- El período de elegibilidad para el Programa de asistencia para copagos se basa en un año calendario (de enero a diciembre).
  - Si la inscripción inicial del paciente en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT se realiza entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre, el paciente no tendrá que reinscribirse en el programa al comenzar el siguiente año calendario. Por lo tanto, el primer período de inscripción del paciente puede ser de hasta 15 meses y cualquier período de inscripción siguiente será de un año calendario.
  - Los pacientes elegibles pueden recibir beneficios por reclamos válidos con una fecha de servicio de hasta 90 días antes de la fecha de inscripción inicial y de hasta 30 días antes de la fecha de reinscripción.

### Beneficios y condiciones del Programa:

- Los pacientes elegibles pueden pagar tan solo \$5 por cada inyección 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 inyecciones del año calendario. El monto del beneficio extendido es de hasta \$1,659 por SUBLOCADE.
  - Luego de las primeras dos inyecciones de SUBLOCADE en el mismo año calendario, el paciente recibirá un monto máximo de asistencia para copagos de \$800 por inyección durante el resto del año calendario.
  - Si la responsabilidad financiera del paciente por el medicamento supera el beneficio máximo por inyección, 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 \$12,918.
- Si el plan de beneficios médicos del paciente cubre SUBLOCADE:
  - Se debe presentar 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 presentar 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 y el proveedor aceptan no solicitar reembolsos de ninguna aseguradora o pagador por la totalidad o una parte del beneficio que el paciente reciba a través del Programa de asistencia para copagos.
- 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.

## Certificación del proveedor: El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT®

Al firmar arriba, certifico que:

- He recetado el Producto del programa al paciente identificado en la sección Información de contacto del paciente de este formulario (el "Paciente") en el ejercicio de mi juicio médico independiente para su indicación aprobada por la FDA; 2) he leído los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT® y, a mi leal saber y entender, el paciente cumple con los criterios establecidos en los Términos y condiciones; 3) yo/mi consultorio no buscaremos ningún reembolso por ninguna oferta o beneficio proporcionados por INSUPPORT o a través de este por parte de ningún programa gubernamental o aseguradora externa; 4) yo/mi consultorio no tendremos en cuenta el hecho de que el paciente puede recibir un beneficio del Programa de asistencia para copagos al determinar el monto de cualquier cargo que se le cobre al paciente; 5) yo/mi consultorio no le cobraremos al paciente ningún cargo por completar este formulario y yo/mi consultorio no publicaremos ni usaremos de otro modo el Programa de asistencia para copagos como medio de promoción de mis servicios o del Producto del programa; 6) el reclamo que yo/mi consultorio presentamos a la aseguradora de salud privada del paciente para el pago del Producto del programa tendrá el Producto del programa detallado por separado de cualquier reclamo por administración de medicamentos o cualquier otro producto o servicio proporcionado al paciente; 7) yo/mi consultorio somos responsables de informar la recepción de los beneficios del Programa de asistencia para copagos a cualquier aseguradora, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier parte del costo del medicamento pagada por el Programa de asistencia para copagos, según corresponda; 8) si el Programa de asistencia para copagos me pagará directamente a mí/mi consultorio el beneficio del paciente recibido en virtud de este programa en nombre de mi paciente, yo/mi consultorio aplicaremos cualquier monto recibido del Programa de asistencia para copagos para satisfacer la obligación del paciente por el costo del Producto del programa solamente. Si yo/mi consultorio 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, yo/mi consultorio reembolsaremos el monto recibido al Paciente; 9) se me puede solicitar que firme una Certificación de proveedor nueva si cambian los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos en cuanto al Producto del programa.

## Certificación del paciente para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT® (solo para el seguro privado o comercial)

Al aceptar los beneficios en virtud de este programa, certifico que he leído, entiendo y acepto los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT®, y que cumpla con los requisitos de elegibilidad del Programa, que incluyen lo siguiente:

- tengo un seguro de salud privado que cubre una parte de mi medicamento recetado; 2) no pediré un reembolso por el costo de mi medicamento recetado (ya sea total o parcial) de parte de ningún programa de atención médica estatal, federal o gubernamental, como Medicaid, Medicare, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos, etc.; 3) no pediré un reembolso por el costo de mi medicamento recetado (ya sea total o parcial) de parte de ningún pagador externo, incluida una cuenta de gastos flexibles o de ahorro para atención médica; 4) notificaré a INSUPPORT de inmediato en caso de cambiar de proveedor, si mi estado de seguro de salud cambia en el futuro, si obtengo cualquier plan de seguro de salud nuevo, o si obtengo derecho para, o me inscribo en un programa de seguro de salud gubernamental/pagador.

Consulte la información completa de prescripción que acompaña a este formulario, incluidos el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** y la **Guía del medicamento**, o visite [SUBLOCADE.com](http://SUBLOCADE.com). Para obtener información sobre el Programa REMS, visite [www.sublocadeREMS.com](http://www.sublocadeREMS.com).