

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTE

PARA INSCRIBIRSE EN INSUPPORT™

1. Revise las descripciones de los servicios de 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 por fax el formulario completo a INSUPPORT al 833-404-4897

Si el paciente ha completado las secciones necesarias del formulario de inscripción, el proveedor de tratamiento puede finalizar la inscripción a través del Portal del proveedor de INSUPPORT en www.providerportal.insupport.com.

SERVICIOS DE INSUPPORT

Servicios centralizados completos

Para iniciar una Investigación de los beneficios de la cobertura de seguro del paciente para PERSERIS™ (risperidona) para una suspensión inyectable de liberación prolongada, según el centro de atención médica, o para obtener información sobre autorizaciones previas (prior authorization, PA), apelaciones y ayuda financiera relacionadas, incluido, si corresponde, determinar su elegibilidad e inscribir al paciente en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™, o brindar fuentes alternativas de información de financiación, o enviar la información y receta del paciente a una farmacia, proporcione lo siguiente:

- Las secciones necesarias del formulario de inscripción de paciente: **Pasos 1 al 8**
- **Tener en cuenta:** Si el centro de atención médica es una ubicación dentro de la Red de inyecciones de PERSERIS (PERSERIS Injection Network, PIN), es posible que INSUPPORT no brinde información específica relacionada con los requisitos de PA y que, en cambio, la brinde la ubicación de PIN

Solo verificación del seguro

Para confirmar la cobertura de seguro del paciente para PERSERIS, proporcione lo siguiente:

- Las secciones necesarias del formulario de inscripción de paciente: **Pasos 1 al 3 y Pasos 5 al 7**
- **Tener en cuenta:** Si es un paciente con un seguro comercial, también puede seleccionar el servicio del "Programa de asistencia para copagos". Lea a continuación.

Programa de asistencia para copagos

La asistencia para copagos está disponible para pacientes con seguro privado elegibles con el fin de ayudarles con los costos de bolsillo de PERSERIS. No todos los pacientes son elegibles. Se aplican términos y condiciones. Para solicitar la asistencia, proporcione lo siguiente:

- Las secciones necesarias del formulario de inscripción de paciente: **Pasos 1 al 3, Pasos 5 al 6 y Paso 8**

Investigación sobre financiación alternativa

Para iniciar una investigación sobre fuentes alternativas de financiación para un paciente no asegurado o subasegurado, proporcione lo siguiente:

- Las secciones necesarias del formulario de inscripción de paciente: **Pasos 1 al 6 y Paso 8**

Investigación sobre reclamos denegados

Para iniciar una revisión e investigación del reclamo denegado de un paciente, proporcione lo siguiente:

- La Explicación de Beneficios y una copia del correo de denegación del seguro médico del paciente
- Las secciones necesarias del formulario de inscripción de paciente: **Pasos 1 al 3 y Pasos 5 al 6**

ADVERTENCIA: MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON PSICOSIS RELACIONADA CON DEMENCIA

Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia que reciben tratamiento con medicamentos antipsicóticos corren un mayor riesgo de mortalidad. PERSERIS™ no está aprobado para el tratamiento de pacientes con psicosis relacionada con demencia y no se ha estudiado en esa población.

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

Consulte la información de receta completa que acompaña a este formulario, incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** o visite PERSERIS.com.

Paso 1 Seleccione un servicio de INSUPPORT

- Servicios centralizados completos
 Solo verificación del seguro
 Programa de asistencia para copagos
 Investigación sobre financiación alternativa
 Investigación sobre reclamos denegados

Paso 2 Información de contacto del paciente

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Género M F
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 () ()
 Número de teléfono principal _____ Número de teléfono móvil _____ Dirección de correo electrónico _____

Paso 3 Información de seguro del paciente

Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro de paciente. Si no está disponible, complete la siguiente información.

El paciente está asegurado S N

Tipo de seguro primario Privado/Comercial Medicaid
 Medicare Otro

Tipo de seguro secundario Privado/Comercial Medicaid
 Medicare 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 _____ Relación con el paciente _____

Nombre del portador de la póliza _____ Relación con el paciente _____

N.º de identificación de póliza _____ N.º de grupo para recetas _____

N.º de identificación de póliza _____ N.º de grupo para recetas _____

N.º de identificación de beneficios para recetas (BIN) _____ N.º de control de procesador para recetas (PCN) _____
 ()

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 _____

Número de teléfono del plan de beneficios de farmacia _____

Paso 4 Información financiera del paciente (Obligatoria para la investigación sobre financiación alternativa)

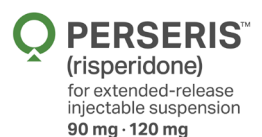
Si es necesario un comprobante adicional de ingresos para determinar la elegibilidad del paciente, INSUPPORT se comunicará con el paciente directamente.

Cantidad de personas (incluido el paciente) que residen en el hogar _____

Ingresos domésticos brutos mensuales _____

(Incluya: salarios pretributarios, pensiones, intereses/dividendos, beneficios del Seguro Social y cualquier otra fuente de ingresos).

Para consultar el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, vaya a la primera página; consulte la información de receta completa que acompaña al formulario, incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** o visite PERSERIS.com.



Paso 5 Receta

Nombre del paciente: _____ Código de diagnóstico de la ICD-10: _____

Dosis recetada: PERSERIS 90 mg PERSERIS 120 mg Cantidad: _____ Resultidos: _____

Indicaciones: _____

Al firmar a continuación, certifico que:

1) El medicamento recetado es médicamente adecuado para el paciente identificado conforme a mi mejor criterio profesional y determinación de la necesidad médica según se establece en el presente, y que la información provista en esta solicitud es precisa según mi leal saber y entender; 2) que mi consultorio ha obtenido la autorización escrita del paciente identificado en esta solicitud para divulgar información médica personal del paciente y cualquier otra información en este formulario de inscripción que INSUPPORT pueda requerir para brindar los servicios solicitados, según sea necesario para cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la privacidad médica o de salud, incluida, 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); 3) que cualquier servicio brindado a través de INSUPPORT en nombre de cualquier paciente no se realiza a cambio de ningún acuerdo o entendimiento expreso o implícito que indique que yo recomendaría, recetaría o usaría INSUPPORT o cualquier otro producto o servicio para nadie; 4) que autorizo a INSUPPORT, en mi nombre, a reenviar esta receta a una farmacia para el cumplimiento del proceso de surtido de recetas si así se solicita; 5) que INSUPPORT puede comunicarse conmigo para obtener información adicional relacionada con los servicios solicitados a través de los siguientes medios: (incluidos, entre otros) correo electrónico, fax y teléfono; 6) que completar este formulario de inscripción no garantiza que el paciente obtendrá cobertura de seguro o un reembolso por el medicamento recetado, y que cualquier servicio brindado a través de INSUPPORT se proporciona únicamente con fines informativos y no representa una declaración, promesa ni garantía por parte de INSUPPORT o Indivior Inc. Acepto que en ningún caso Indivior será responsable de daños ocasionados por los servicios solicitados o brindados por INSUPPORT, o relacionados con estos; 7) que entiendo que Indivior Inc. se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de rescindir, anular o modificar cualquier servicio de INSUPPORT; 8) que mi consultorio no solicitará el reembolso de ningún ofrecimiento proporcionado por INSUPPORT, o a través de este, de cualquier programa gubernamental o una compañía de seguros externa; 9) que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ en la página 5, según corresponda.

Se requiere la firma del profesional que extiende la receta (no se permiten sellos) - **SOLO FIRME UNA DE LAS LÍNEAS DEBAJO**

Entregar como se indica	Fecha	Se permiten sustituciones
	Fecha	

ES RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES QUE EXTIENDEN LAS RECETAS CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE RECETAS ESPECÍFICOS DE CADA ESTADO

Paso 6 Información del proveedor

Primer nombre		Apellido	
N.º de identificación de proveedor nacional (NPI)	N.º de licencia de estado	N.º de identificación fiscal del proveedor	
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	Dirección de correo electrónico del contacto del consultorio	
Adquisición de productos preferidos:			
<input type="checkbox"/> Distribuidor de especialidad - Compra y facturación			
<input type="checkbox"/> Farmacia de especialidad			
(usado si la farmacia no es obligatoria para el pagador)	Nombre de la farmacia preferida	Número de teléfono ()	Número de fax ()

Paso 7 Centro de atención médica alternativo - SOLO MARQUE UNA DE LAS OPCIONES DEBAJO

Indique a continuación si forma parte de la Red de inyecciones de PERSERIS (PIN) o es un centro de atención médica alternativo (no forma parte de PIN) (consulte insupport.com para obtener información sobre localizadores de PIN)

Red de inyecciones de PERSERIS _____ O _____

O Identificación de la ubicación de PIN Nombre de la ubicación de PIN Código postal de PIN

Centro de atención médica alternativo (no forma parte de la Red de inyecciones de PERSERIS)

Tipo de centro: Farmacia Consultorio médico Hospital para pacientes internados Hospital para pacientes ambulatorios Otro: _____

Nombre del centro		N.º de identificación de proveedor nacional del centro	N.º de identificación fiscal del centro
Dirección del centro ()	Ciudad ()	Estado	Código postal
Número de teléfono del centro	Número de fax del centro		

Para consultar el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, vaya a la primera página; consulte la información de receta completa que acompaña al formulario, incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** o visite PERSERIS.com.

Paso 8 Autorización y consentimiento del paciente

Al firmar a continuación,

- **Autorizo** 1) a mi proveedor de tratamiento (incluido su personal y cualquier grupo de consultorios afiliados), 2) a la(s) compañía(s) de seguro médico que figuran en mi formulario de inscripción y 3) a la(s) farmacia(s) a las que se envía mi receta de PERSERIS 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 médica protegida, incluida información sobre mi estado de salud mental**, incluida la información que figura en mi formulario de inscripción, y sobre mi tratamiento médico con PERSERIS (en conjunto, "Información"). Esta información se puede compartir **con fines específicos**, y según sea necesario, para permitir que INSUPPORT brinde los servicios solicitados. Los fines pueden incluir uno o más de los siguientes: a) facilitar el proceso de inscripción a los servicios que he solicitado en mi formulario de inscripción; b) realizar verificaciones de los beneficios del seguro y comunicar los requisitos de mi compañía de seguro médico para acceder al tratamiento con PERSERIS; c) coordinar servicios y enviar información entre Destinatarias para ayudar en la coordinación de mi tratamiento con PERSERIS; d) brindarme información y materiales educativos vinculados a los servicios en los que estoy inscrito; e) invitarme a participar en encuestas opcionales sobre mi tratamiento; o f) brindarme información sobre el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ para PERSERIS, determinar si soy elegible para este y contribuir a mi participación continua en este. INSUPPORT también puede brindar información sobre otros programas o fuentes de financiación para ayudarme con los costos de mis medicamentos.

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). También puedo actualizar información en el Portal del paciente de INSUPPORT en www.myportal.insupport.com; **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 este formulario, esto solo limitará mi posibilidad de recibir los servicios solicitados de INSUPPORT; es posible que la información compartida como consecuencia de esta autorización, una vez compartida, ya no esté sujeta a la ley federal y podría continuar compartiéndose; esta autorización vencerá en dos (2) años a partir de la fecha en que firme el formulario debajo; **puedo anular mi autorización** en cualquier momento llamando al 844-INSPPRT (844-467-7778) o enviando por correo postal una declaración escrita firmada de mi anulación a INSUPPORT a PO Box 29297, Phoenix, AZ 85038. Entiendo que una vez que le informe a INSUPPORT sobre mi anulación de esta autorización, mi información ya no se utilizará ni divulgará más, excepto en la medida en que dicha acción ya se haya realizado conforme a esta autorización; tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Certificado del paciente para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ (Solo para el seguro privado o comercial)

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ (disponible en la página 5 del Formulario de inscripción de paciente o en www.insupport.com), y que cumplo los requisitos de elegibilidad del Programa, para incluir lo siguiente:

- Tengo un seguro médico privado que cubre parte del costo de PERSERIS conforme a un plan de beneficios médicos o de farmacia.
- No tengo un seguro del gobierno, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE, CHAMPVA ni ningún otro programa de asistencia del gobierno financiado federal o estatalmente. Entiendo que si comienzo a ser elegible para beneficios de programas financiados estatalmente, federalmente o por el gobierno, como los mencionados anteriormente, para ayudar a pagar mi receta de PERSERIS, ya no seré elegible para participar en este Programa. No solicitaré reembolsos por el costo de mis medicamentos recetados (total o parcialmente) de programas de atención médica financiados estatalmente, federalmente o por el gobierno como los mencionados anteriormente.
- No solicitaré reembolsos por el costo de PERSERIS (total o parcialmente) de pagadores externos, incluidos pagos flexibles o una cuenta de ahorro para atención médica.
- Notificaré a INSUPPORT de inmediato si la condición de mi seguro médico cambia en el futuro o si obtengo un nuevo plan de seguro médico para que INSUPPORT pueda confirmar que continúo siendo elegible para el Programa.

Servicios adicionales - Marque una opción para incluirse (Opcional)

Solo es aplicable si se solicitan los servicios centralizados completos en este formulario de inscripción:

- Me gustaría recibir una copia de la información sobre mi cobertura de beneficios para PERSERIS a través de un correo postal directo o el Portal del paciente de INSUPPORT™, conforme a mis preferencias de comunicación establecidas con INSUPPORT.
- Me gustaría recibir una llamada telefónica, o un correo de voz, al número provisto debajo específicamente con el fin de que INSUPPORT revise la información sobre mi cobertura de beneficios para PERSERIS conmigo. Entiendo que INSUPPORT no proporciona ni puede proporcionar asesoramiento médico.

Número de teléfono preferido: (_____) _____ Mejor día para llamar: LU MA MI JU VI Mejor momento para llamar: Mañana Tarde Noche

Representante autorizado (Opcional)

Al completar esta sección, autorizo a INSUPPORT a comunicarse con mi representante autorizado que aparece debajo para conversar sobre cualquier información provista en este formulario de inscripción o consentimiento, sobre mi tratamiento con PERSERIS y comunicar mis preferencias y necesidad continuas de servicios de INSUPPORT. Entiendo que Indivior Inc. no es responsable de ninguna acción realizada en respuesta a indicaciones que brinde mi representante autorizado.

Representante autorizado/nombre del tutor (en letra de imprenta) _____ Relación con el paciente _____ (_____)
Número de teléfono _____

Firma del paciente

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entiendo y acepto la Autorización y Consentimiento del Paciente, y el Certificado del Paciente para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™, según corresponda, conforme a los servicios solicitados en mi formulario de inscripción. Al firmar, también certifico que toda la información que he brindado en esta solicitud está completa y es precisa.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

X

Firma del paciente _____

Fecha _____

Para consultar el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, vaya a la primera página; consulte la información de receta completa que acompaña al formulario, incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** o visite PERSERIS.com.

Términos y condiciones: Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ para PERSERIS™ (risperidona) para una suspensión inyectable de liberación prolongada

Para recibir los beneficios conforme al Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ para PERSERIS, se debe determinar que el paciente es elegible e inscribirlo en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™.

Requisitos de elegibilidad del paciente:

- El paciente debe tener un seguro médico privado que cubra parte del costo de PERSERIS conforme a un plan de beneficios médicos o de farmacia. El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ 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 de INSUPPORT™, 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 de INSUPPORT™ 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 PERSERIS.

Inscripción en el Programa:

- El Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ no es un seguro.
- El proveedor del paciente debe proporcionar un Formulario completo de inscripción de paciente para INSUPPORT en el que solicite la determinación de la elegibilidad y la inscripción en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ en nombre del paciente.
- 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 fecha en la Autorización y Consentimiento del Paciente a fin de determinar la elegibilidad del paciente e inscribirlo al 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 criterios de elegibilidad.
- El período de elegibilidad para el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ 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.

Beneficios y condiciones del Programa:

- El paciente podría pagar tan solo \$5 por inyección de PERSERIS durante el período de elegibilidad en el Programa. El Programa finaliza después de las 13 dosis o de alcanzar los \$8,000, lo que suceda primero.
 - Si la responsabilidad financiera del paciente por el medicamento supera el monto máximo de asistencia para copagos por año, el paciente será responsable de los costos restantes que el beneficio de asistencia para copagos no cubra.
- Si el plan de beneficios médicos del paciente cubre PERSERIS:
 - 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 PERSERIS y la presentación del reclamo de la compañía de seguro del paciente por el costo de PERSERIS.
- El beneficio disponible conforme al Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ es válido para el costo de bolsillo del paciente solo para PERSERIS. 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 PERSERIS. El proveedor debe presentar los reclamos por PERSERIS al seguro médico privado del paciente de manera independiente de otros servicios y productos.
- El paciente y el proveedor aceptan no solicitar reembolsos de la totalidad o parte del beneficio que el paciente reciba a través del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™.
- El paciente le notificará a INSUPPORT de inmediato cualquier cambio en el seguro médico si todavía recibe beneficios a través del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™.
- El beneficio del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ no se puede combinar con ningún otro Programa de asistencia para copagos, prueba gratuita, descuentos, tarjeta de ahorro en recetas u otro ofrecimiento.
- Se puede recopilar, analizar, resumir y compartir información no identificable o agregada de pacientes que participen en el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ con Indivior Inc. y sus afiliadas para fines estadísticos, de investigación de mercado u otros fines relacionados con la evaluación del Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™.
- Indivior Inc. se reserva el derecho de rescindir, anular o modificar el Programa de asistencia para copagos de INSUPPORT™ en cualquier momento y sin aviso.

Para consultar el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, vaya a la primera página; consulte la información de receta completa que acompaña al formulario, incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** o visite PERSERIS.com.

