



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE PARA SUBLOCADE<sup>®</sup> (buprenorphine extended-release)

Para inscribirse en INSUPPORT<sup>®</sup> y recibir una copia de la cobertura de beneficios de pacientes de SUBLOCADE, complete todas las páginas (de la uno a la cinco) de este formulario y envíe por correo electrónico todas las páginas a enroll@insupport.com o envíe por fax todas las páginas al 844.814.0669

## Vía de adquisición y verificación de beneficios

Seleccione a continuación la vía de adquisición preferida. La información se usará durante el proceso de verificación de beneficios.

### Farmacia especializada

Dirija la información del paciente a una farmacia especializada de la red Insupport.

Farmacia especializada preferida: \_\_\_\_\_

Si la farmacia especializada forma parte de la red del plan del paciente, INSUPPORT dirigirá la información a la farmacia especializada preferida.

Si la farmacia especializada preferida se deja en blanco o la farmacia especializada no forma parte de la red, INSUPPORT la dirigirá a una farmacia especializada dentro de la red.

### Buy and Bill (Comprar y facturar)

INSUPPORT puede llevar a cabo una investigación de beneficios para determinar si la cobertura médica del paciente solo permite el acceso a SUBLOCADE por medio de la modalidad “Buy and Bill” (Comprar y facturar).

INSUPPORT puede proporcionar información de contacto de los distribuidores especializados de la red.



**Localizador de farmacias especializadas en la red**  
[insupport.com/specialty-product/specialty-pharmacy-locator](https://insupport.com/specialty-product/specialty-pharmacy-locator)



**Lista de distribuidores especializados de la red SUBLOCADE**  
[insupport.com/resources](https://insupport.com/resources)

## Opciones adicionales del programa e instrucciones relacionadas

### Programa de Asistencia para Copagos de INSUPPORT

INSUPPORT ofrece un Programa de Asistencia para Copagos a fin de brindar ayuda a los pacientes elegibles con los costos de bolsillo de SUBLOCADE. Los pacientes elegibles podrían pagar tan solo \$0 por cada inyección de SUBLOCADE. **Para inscribir al paciente en el Programa de Asistencia para Copagos, deben completarse las secciones 1 a 4 y las secciones 7 y 8.**

### Inscripción en el Programa de Reinserción en la Comunidad

Proporciona hasta dos meses de producto sin costo alguno a los pacientes inscritos, que están saliendo de un centro de justicia penal, mientras obtienen cobertura de seguro. Para conocer las condiciones completas, consulte la página 3. **Para inscribir al paciente en el Programa de Reinserción en la Comunidad, deben completarse las secciones 1 a 5 y las secciones 7 y 8.**

## Transición de la atención médica

Para pacientes que abandonan su lugar actual de atención médica y continúan el tratamiento con un nuevo proveedor: por ejemplo, pacientes implicados en el sistema de justicia penal o que reciben tratamiento en un centro residencial de tratamiento. **Para inscribir al paciente en el apoyo con la Transición de la atención médica, deben completarse las secciones 1 a 4 y las secciones 6 a 8.**

## SECCIÓN 1 Información de contacto del paciente

\*Indica un campo obligatorio

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \*Primer nombre 2.° N \*Apellido \*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \*Sexo  M  F

\_\_\_\_\_  
 \*Dirección \*Ciudad \*Estado \*Código postal

( )  
 \*N.º de teléfono principal \*Dirección de correo electrónico

### Contacto alternativo del paciente (opcional)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto alternativo (en letra de imprenta) Relación con el paciente ( )  Acepto que me dejen mensajes  
 N.º de teléfono

## SECCIÓN 2 Información de contacto del paciente

Marque esta opción si envía una copia de la(s) tarjeta(s) del seguro médico y de farmacia del paciente con el formulario de inscripción (adjunte una copia de ambas caras).

Complete SOLO si no va a enviar con este formulario una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente.

Privado/comercial  Medicaid - Estado: \_\_\_\_\_  Medicare  Otro  Sin seguro

Tipo de seguro principal

Nombre de seguro principal

Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta

Relación con el paciente

( )

N.º de identificación de póliza

N.º de grupo

N.º de teléfono del seguro principal

Si el paciente tiene un plan de cobertura de medicamentos recetados por separado, añádale a continuación (los pacientes de Medicare deben utilizar 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

N.º de grupo para recetas

BIN para recetas

PCN para recetas

N.º de teléfono del plan de beneficios de farmacia

## SECCIÓN 3 Información del proveedor/coordinador\*

\*Nombre del proveedor/coordinador

\*Apellido del proveedor/coordinador

†N.º de NPI del proveedor

Consultorio privado  Hospital/clínica para pacientes ambulatorios  Hospital para pacientes internados

Centro de tratamiento residencial  Sistema de justicia penal (CJS)

\*Tipo de centro

\*Nombre del consultorio/centro

\*Dirección del consultorio/centro

\*Ciudad

\*Estado

\*Código postal

( )

( )

( )

\*N.º de teléfono del consultorio/centro

\*N.º de fax del consultorio/centro

Nombre y apellido del contacto en el consultorio/centro

N.º de teléfono del contacto en el consultorio/centro

Enviar todas las comunicaciones por correo electrónico

Dirección de correo electrónico del proveedor/coordinador

†N.º de id. fiscal del proveedor

N.º de NPI del consultorio

\*La información del coordinador es necesaria para los pacientes que actualmente reciben tratamiento a través del sistema de justicia penal (CJS) y que se inscriben en la transición de la atención médica.

†: Este campo es obligatorio para los proveedores.

## SECCIÓN 4 Información sobre el tratamiento

\*Código ICD-10 de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha en que se debe dar la próxima inyección: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*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.  
[insupport.com/billing](https://insupport.com/billing)

Marque aquí para verificar la cobertura del pagador para una segunda dosis de SUBLOCADE entre el día 8 y el día 27. Si la segunda dosis se administra después del día 27, no marque la casilla

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

Días de suministro escritos en el primer surtido: \_\_\_\_\_

(Los días de suministro del primer surtido deben reflejar que la segunda dosis acelerada de 300 mg de la inyección de SUBLOCADE puede administrarse a partir del día ocho y hasta un mes después de la primera dosis)

## SECCIÓN 5 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE REINSECCIÓN EN LA COMUNIDAD

### Requisitos de elegibilidad de los pacientes para el Programa de Reinserción en la Comunidad

Los requisitos de elegibilidad del Programa de Reinserción en la Comunidad de INSUPPORT® incluyen, entre otros, los siguientes:

- El Programa de Reinserción en la Comunidad está a disposición de los pacientes solo para “uso autorizado”.
- El paciente solicitó la cobertura del seguro y la decisión de inscripción del pagador está pendiente.
- El paciente reside en los Estados Unidos o en territorios estadounidenses.
- El paciente toma SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release) en la actualidad o un proveedor se lo recetó en el pasado.
- Al paciente se le brindó una fecha determinada de puesta en libertad o se lo liberó del sistema de justicia penal recientemente.

### Próximos pasos del Programa de Reinserción en la Comunidad

1. Envíe la receta por fax a AllCare Plus Pharmacy al 844.470.2806, o
2. envíe la receta electrónica a través de la plataforma eRx a AllCare Plus Pharmacy, **NPI 190216796**.

El producto para los pacientes inscritos en el Programa de Reinserción en la Comunidad será enviado y confirmado desde AllCare Plus Pharmacy al proveedor. **Se requiere la firma del proveedor en la página 4 para inscribir al paciente en el Programa de Reinserción en la Comunidad.**

### Términos y condiciones del Programa de Reinserción en la Comunidad

El Programa de Reinserción en la Comunidad proporciona la transición de la atención médica a un paciente elegible al que se le haya recetado SUBLOCADE y que esté pasando de un centro de justicia penal a la comunidad sin acceso a un seguro médico en el momento de su puesta en libertad. El Programa de Reinserción en la Comunidad proporciona hasta dos meses de productos sin costo alguno a los pacientes inscritos mientras obtienen cobertura de seguro para SUBLOCADE. Los pacientes deben estar recibiendo en la actualidad tratamiento con SUBLOCADE y no deben tener cobertura de seguro. Los pacientes que aún no hayan recibido su primera dosis de SUBLOCADE no son elegibles. El producto proporcionado a través del Programa de Reinserción en la Comunidad sin costo alguno solo está disponible a través de una farmacia contratada por el Programa de Reinserción en la Comunidad (farmacia especializada de la red INSUPPORT). La elegibilidad se determinará en función de los requisitos de elegibilidad del Programa de Reinserción en la Comunidad. Indivior se reserva el derecho de cambiar o finalizar el Programa de Reinserción en la Comunidad en cualquier momento, y podrían aplicarse otros términos y condiciones.

## SECCIÓN 6 Información sobre la transición de la atención médica Marque aquí si el paciente está en transición desde el sistema de justicia penal.

Encontrar un proveedor comunitario

Para encontrar un proveedor de tratamiento que recete SUBLOCADE, visite la herramienta [Buscar un 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.com/findtreatment](https://insupport.com/findtreatment)

**Si el paciente no necesita ayuda para encontrar un proveedor comunitario, proporcione la información de su proveedor comunitario a continuación. INSUPPORT enviará la información del paciente al proveedor comunitario que se indica a continuación.**

Consultorio privado  Hospital/clínica para pacientes ambulatorios  Hospital para pacientes internados  Centro de tratamiento residencial  Sistema de justicia penal (CJS)

\*Tipo de centro

Nombre del centro

\*Nombre del proveedor      \*N.º de NPI del proveedor      \*Dirección del proveedor      \*Ciudad      \*Estado      \*Código postal

(      )

\*N.º de teléfono del proveedor

\*N.º de fax del proveedor

\*Fecha en que se debe dar la próxima inyección

**SECCIÓN 7 Declaración del proveedor/coordinador****Se requiere la firma del proveedor o coordinador\***

Al firmar a continuación, certifico lo siguiente:

1) La información ingresada en este Formulario de inscripción ha sido proporcionada exclusivamente por mí (el proveedor/coordinador cuyo nombre se menciona en este formulario) o mi oficina o centro ("mi Consultorio o Centro") 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 o Centro 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 (HIPAA) (codificada en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R.], Partes 160 y 164) y la Regulación sobre la Confidencialidad de los Registros de Trastorno por Consumo de Sustancias de los Pacientes (codificada en el Título 42 del 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 o centro 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, entendido y aceptado la Declaración del proveedor/coordinador.



Firma del proveedor o del coordinador del sistema de justicia penal: \_\_\_\_\_

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

**Se requiere la firma del proveedor si se inscribe al paciente en el Programa de Reinserción en la Comunidad. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre el Programa de Reinserción en la Comunidad.**

Al firmar a continuación, certifico lo siguiente:

Yo (el profesional que extiende recetas) entiendo y acepto lo siguiente: certifico que la información sobre el paciente y el médico obtenida en este formulario de inscripción está completa y es exacta a mi leal saber y entender. Receté SUBLOCADE® (buprenorphine extended-release) en función de mi criterio profesional de necesidad médica. Todos los medicamentos suministrados por Indivior como resultado de este formulario son para uso exclusivo del paciente mencionado y no se deben vender, intercambiar, comercializar, transferir ni devolver para obtener créditos, ni se deben enviar a cualquier tercero pagador (privado o gubernamental) para obtener un reembolso. Recibimos la autorización legal necesaria del paciente para transmitir su información médica personal, para los fines previstos en este formulario, a Indivior o a sus proveedores afiliados. INSUPPORT podría ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con el Programa, por medios que incluyen, entre otros, correo electrónico, fax, teléfono y mensaje de texto. Entiendo que el Programa de Reinserción en la Comunidad está diseñado para apoyar a los pacientes que experimentan un retraso en la obtención de la cobertura de seguro para obtener SUBLOCADE después de la transición del sistema de justicia penal. Confirmo que apoyaré al paciente identificado anteriormente en la búsqueda de una cobertura que considere adecuada. Entiendo que ni yo ni el paciente podríamos solicitar el reembolso del producto gratuito recibido en el marco del Programa.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, entendido y aceptado esta autorización del proveedor.



\*Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

\*El proveedor o el coordinador deben firmar la declaración del proveedor/coordinador para que este formulario esté completo. La firma del coordinador es necesaria para los pacientes que actualmente reciben tratamiento a través del CJS y que se inscriben en la transición de la atención médica.

## SECCIÓN 8 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 o cualquier proveedor al que me derive mi proveedor de tratamiento actual), (2) a la(s) compañía(s) de seguro de salud que figura(n) 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 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 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; d) proporcionarme servicios educativos o de apoyo por correo postal, correo electrónico o teléfono, que podrían incluir el envío de información sobre el producto o el tratamiento; e) invitarme a participar en encuestas opcionales sobre mi tratamiento; y f) proporcionarme información sobre el programa, determinar si soy elegible y brindarme ayuda con mi inscripción y participación continua en el Programa de Asistencia para Copagos de INSUPPORT para SUBLOCADE y el Programa de Reinserción en la Comunidad. Entiendo que mi farmacia especializada podría recibir un pago de Indivior Inc. a cambio de proporcionar mi Información conforme con esta autorización.

**Firmar este formulario es mi decisión.** Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario para recibir tratamiento, seguro o beneficios del 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 (5) 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. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que negarme a firmar esta autorización no cambiará el trato que recibo de mi médico, mi seguro médico y mis proveedores de farmacia.

### PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS PARA PACIENTES ELEGIBLES. El paciente debe marcar la casilla para elegir participar en el Programa de Asistencia para Copagos.

Al marcar esta casilla y aceptar los beneficios de este Programa, certifico que he leído, comprendo y acepto los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos de 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, Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), Departamento de Defensa (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.

### Se requiere la firma del paciente y la fecha

Todos los pacientes deben completar y firmar la Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información personal y de salud.

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: \_\_\_\_\_



Para ver los términos y condiciones completos del Programa de Asistencia para Copagos de INSUPPORT, visite <https://www.insupport.com/pdf/copay-assistance-terms-and-conditions.pdf>

Para obtener información adicional, póngase en contacto con INSUPPORT.

Llame al 844-INSPPRT (844.467.7778)  
Correo electrónico: [enroll@insupport.com](mailto:enroll@insupport.com)