



## PROGRAMA DE ASISTENCIA EN COPAGOS DE ARESTIN

Usted puede reunir los requisitos para ahorrar dinero a través del Programa de Asistencia en Copagos ARESTIN.

**Hasta \$1,500.00 en asistencia en copagos.**

*Restricciones y Requisitos de Elegibilidad de la Oferta a continuación.*

## RESTRICCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OFERTA

- Esta oferta solo es válida para pacientes con seguro comercial privado que cubra el medicamento ARESTIN® (clorhidrato de minociclina) Microesferas, 1 mg.
- Esta oferta no es válida para personas elegibles para recibir un reembolso de recetas, en su totalidad o en parte, por algún programa federal, estatal o gubernamental de otro tipo, incluidos, entre otros, Medicare (incluso Medicare Advantage y los planes Parte A, B y D), Medicaid, TRICARE, la cobertura médica de la Administración de Veteranos o el Departamento de Defensa, CHAMPUS, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal.
- Usted acepta no buscar un reembolso por alguna parte o por el total del beneficio recibido a través de esta oferta y es responsable de realizar los informes necesarios de su uso de esta oferta a cualquier aseguradora u otra entidad que pague alguna parte de la receta surtida.
- La oferta solo es válida en los Estados Unidos a través del programa ARESTIN Rx Access. Esta oferta no es válida donde esté prohibida por ley, gravada o limitada de otra forma.
- Esta oferta no es válida con otras ofertas. El cupón no tiene valor en efectivo. No se harán devoluciones.
- Este beneficio solo puede utilizarse para una receta de ARESTIN surtida por la farmacia especializada Accredo Health y proporcionada al consultorio dental en nombre del paciente como se autoriza a continuación.
- Debe tener 18 años de edad o más para canjear esta oferta para usted o para un menor. Esta oferta no puede canjearse en clínicas subsidiadas por el gobierno.
- Esta oferta solo es válida para el surtido de una receta de ARESTIN.
- El beneficio máximo disponible es de \$1,500 por receta surtida. Usted es responsable de todos los costos y gastos adicionales luego de alcanzar el beneficio máximo.
- Si recibe cobertura a través de una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) o un acuerdo similar, es su responsabilidad saber cómo se procesan las reclamaciones y comprender que los importes que pague el tercero por su receta de ARESTIN podrán deducirse de su límite de beneficios de manera automática.
- Esta oferta no es un seguro médico. Esta oferta vence el 31 de diciembre de 2017.
- Valeant Pharmaceuticals se reserva el derecho a rescindir, revocar, finalizar o modificar esta oferta en cualquier momento, sin previo aviso.

**Al firmar este Formulario de Elegibilidad del Paciente para ARESTIN Rx Access, usted confirma que comprende los anteriores términos y condiciones de esta oferta y que acepta cumplir con ellos.**



PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa):      /      /

Nombre del médico

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal



FIRMA DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, usted indica que cumple con los criterios de elegibilidad y acepta los términos y condiciones establecidos arriba y que Accredo Health Group tiene su consentimiento para enviar el medicamento directamente al consultorio de su médico. Si tiene alguna pregunta, llame al: 1-855-684-7481.

X

Firma del Paciente

Fecha (mm/dd/aaaa)