

Enviar por fax los dos formularios juntos.
Todos los campos son obligatorios.

Fax 855.630.9783 Teléfono 855.684.7481



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE COPAGOS DE ARESTIN

Es posible que usted reúna los requisitos para ahorrar dinero a través del Programa de asistencia de copagos ARESTIN.

Hasta \$1,500.00 de asistencia en copagos.

A continuación, se indican las restricciones y los requisitos de elegibilidad de la oferta.

RESTRICCIONES Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OFERTA

- Esta oferta solo es válida para pacientes cuyo seguro comercial privado cubra el medicamento ARESTIN® (clorhidrato de minociclina) microesferas, 1 mg.
- Esta oferta no es válida para las personas que son elegibles para recibir un reembolso de recetas médicas, en su totalidad o en parte, de cualquier programa federal, estatal o gubernamental de otro tipo, incluidos, entre otros, Medicare (incluso Medicare Advantage y los planes de la 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 federal o estatal de atención médica.
- Usted acepta no solicitar el reembolso de todo o una parte del beneficio recibido a través de esta oferta y es responsable de informar de la manera requerida 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 en efectivo.
- Este beneficio solo puede utilizarse para las recetas de ARESTIN que surta la farmacia especializada Accredo Health y que se envíen 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 2018.
- 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 del programa ARESTIN Rx Access™, usted confirma que comprende los términos y condiciones anteriores de esta oferta y que acepta cumplir con ellos.



PACIENTE

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/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, que 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 (dd/mm/aaaa)