Arestin® minocycline HCl 1mg MICROSPHERES

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

Fax 855.630.9783 **Teléfono** 855.684.7481

FORMULARIO 2 de 2

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

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE COPAGOS DE ARESTIN

Arestin® RX ACCESS

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)

ARESTIN es una marca registrada de Valeant Pharmaceuticals International, Inc. o sus filiales. ©2018 Valeant Pharmaceuticals North America LLC.