

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (nombre y apellido)		Género del paciente	
		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Dirección		Ciudad	Estado
			Código Postal
Fecha de nacimiento del paciente		Teléfono principal	
		Tel. alternativo	
Idioma principal (marcar uno)		Alergias a medicamentos	
Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

2 INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EMITE LA RECETA

Nombre del profesional que emite la receta		Correo electrónico del centro médico		Contacto del centro médico	
Nombre del consultorio		Teléfono principal		Fax	
		Método de comunicación de preferencia		Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/>	
Matrícula del profesional que emite la receta (NPI)		Dirección de entrega		Ciudad	
				Estado	
				Código Postal	

3 SEGURO DE BENEFICIO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Seguro de medicamentos recetados		Número de identificación de la tarjeta para medicamentos		Nombre del asegurado	
Número de grupo		Número de identificación bancaria (BIN)		Número de control de procesamiento de la Rx	
				Número de teléfono del plan	

4 SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

Seguro médico		Número de póliza		Nombre del asegurado	
				Número de grupo	
Número de teléfono del plan		<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ para proporcionar una cotización para el paciente que necesita comprar medicamentos directamente en la farmacia, en caso de que el plan del paciente no cubra el medicamento.			

5 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y DECLARACIÓN JURADA DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE: El paciente debe leer esta Autorización del paciente y firmarla a continuación. Autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a divulgar mi información médica protegida ("PHI"), como mis historias clínicas, tratamientos médicos y medicamentos, a CareMetx, LLC, para que la use y divulgue a los fines de: (1) determinar mi elegibilidad para los beneficios a través del programa ARESTIN Rx Access®, incluida la asistencia para copagos; (2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y conmigo en relación con mi atención médica; (3) proporcionar servicios de apoyo, que incluyen facilitarme el suministro de productos, verificar reembolsos y asistir con la cobertura del seguro; y (4) permitir que los representantes autorizados de Bausch Health US, LLC, en el marco de un acuerdo de confidencialidad, auditen y mejoren el programa ARESTIN Rx Access®. Entiendo que mi farmacia, aseguradoras de salud o proveedores externos pueden recibir pagos de Bausch Health US, LLC por los servicios descritos anteriormente. Entiendo que una vez que mi PHI haya sido divulgada como se describe más arriba, las leyes federales de privacidad ya no pueden restringir su divulgación adicional. CareMetx acepta usar y divulgar mi PHI solo para los fines anteriores, y en la medida en que la ley lo permita. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mis proveedores de atención médica y planes de salud no pueden pedir mi inscripción, elegibilidad para los beneficios del plan de salud ni mi tratamiento a mi voluntad de firmar esta autorización o no. Puedo cancelar esta autorización notificando a CareMetx por escrito y enviando la cancelación por fax al 855-630-9783 o enviándola por correo a CareMetx, LLC, 610 Crescent Executive Ct., Suite 200, Lake Mary, FL 32746. Esta cancelación no registrará para la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización antes de recibir la cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que vence a los 10 años a partir de la fecha en que la firmo, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

Firma de paciente _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS: Restricciones y requisitos de elegibilidad. Consulte los Términos y condiciones completos, al dorso de este formulario. * El Programa de asistencia para copagos ARESTIN Rx Access está disponible solo para residentes de los Estados Unidos. Todas las recetas deben entregarse en una farmacia calificada por ARESTIN Rx Access. El programa de asistencia para copagos no es válido para recetas elegibles para reembolso, total o parcial, por parte de Medicare, Medicaid, Tricare o de cualquier otro programa de beneficios de salud financiado por el gobierno federal o estatal, o por planes privados u otros beneficios de salud o programas de beneficios farmacéuticos que reembolsan al paciente el costo total de los medicamentos recetados. La cobertura máxima de copago es de \$1,500. ARESTIN Rx Access no representa cobertura o seguro para medicamentos recetados y no pretende sustituir dicha cobertura. Bausch Health se reserva el derecho de rescindir, revocar, dar por finalizada o modificar esta oferta en cualquier momento, sin previo aviso. Esta oferta no es válida para ninguna persona mayor de 65 años sin seguro comercial. Debe ser mayor de 18 años para poder canjear esta oferta para usted o para un menor.

Al firmar a continuación, usted indica que cumple con los criterios de elegibilidad y que acepta los términos y las condiciones descritas más arriba, además de certificar que Accredio Health Group, Inc. tiene su consentimiento para surtir la receta y enviar el medicamento directamente al consultorio de su odontólogo en su nombre como paciente. Si tiene preguntas, llame al: 1-855-684-7481.

Firma del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) _____ Nombre del profesional que emite la receta _____

6 RECETA Y CONSENTIMIENTO DEL PROFESIONAL QUE EMITE LA RECETA

El odontólogo que receta ARESTIN determinará el tratamiento apropiado para el paciente. Cada receta comprende un suministro para 30 días sin resurtidos. Se requiere una nueva receta para cada pedido. La receta es para el paciente que figura en el formulario de receta y no se puede revender ni utilizar para ningún otro paciente.

Complete la siguiente receta antes de enviarla por fax. La cantidad entregada representa un suministro para no más de 30 días. Los profesionales que emiten recetas en Nueva York pueden adjuntar una receta oficial de Nueva York.

ARESTIN® (clorhidrato de minociclina) en microesferas, cartuchos de 1 mg **SIG: Para la administración por parte del odontólogo en la bolsa periodontal, únicamente para el tratamiento de la periodontitis del adulto.**

Cantidad: _____ cartucho(s) (1 cartucho por sitio diagnosticado)

Mi firma indica mi (1) autorización para que CareMetx, LLC ("Socio comercial" o "BA"), como operador del programa ARESTIN Rx Access, actúe en mi nombre con el propósito limitado de transmitir esta receta por cualquier medio permitido, según la ley vigente, a la farmacia apropiada designada por el plan de beneficios del paciente. Esto puede incluir la obtención, uso y divulgación de información médica protegida, como se define en 45 CFR 160.103 ("PHI") sobre mis pacientes, en interacción bilateral con (i) la aseguradora del paciente, incluida la elegibilidad y otra información sobre beneficios, para mi pago y/o para fines operativos de atención médica y con (ii) proveedores de atención médica, como farmacias especializadas ("SP"), para fines de tratamiento, incluido el envío de la receta, y la PHI asociada a una SP válida y para realizar un seguimiento del estado de los medicamentos entregados por las SP a mis pacientes, para su coordinación de cuidado y propósitos relacionados, y (2) certificación de que he recibido todos los permisos necesarios de dichos pacientes y otras partes para permitir la divulgación y el uso de la PHI de cada paciente como se describe en este párrafo. El BA puede usar la PHI, si es necesario, para gestionar y administrar adecuadamente o para ejecutar sus responsabilidades legales. El BA puede desidentificar, utilizar y divulgar la PHI de mis pacientes en la medida permitida por las disposiciones de 45 CFR 164.504, siempre que la desidentificación cumpla con los requisitos de la ley 45 CFR 164.514 (b). El BA mantendrá medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas para garantizar la disponibilidad, la integridad y la confidencialidad de la PHI, y me notificará sobre cualquier uso o divulgación no permitidos, incidentes de seguridad o infracción de la PHI no protegida, según lo exige la ley. Este acuerdo incorpora, y el BA acepta, el cumplimiento de los requisitos de 45 CFR 164.504 y 164.314 (a) (2). Este acuerdo de BA quedará sin efecto ante cualquier infracción material del acuerdo por parte del BA, ante solicitud por escrito del médico, o dos años después de la fecha de la firma a continuación. Tras la rescisión, el BA destruirá la PHI en su poder.

CONSENTIMIENTO DEL PROFESIONAL QUE EMITE RECETAS: Mi firma a continuación indica que recibí la autorización de mi paciente para obrar como su agente para la divulgación y uso de la PHI, como se indicó anteriormente, y para la recepción de entrega, almacenamiento y administración de su medicamento recetado ARESTIN.

Firma del profesional que emite la receta (NO SELLAR) Entregar tal como está escrito _____ Firma del profesional que emite la receta (NO SELLAR) Se permite la sustitución _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS PARA ARESTIN

*Requisitos de elegibilidad y restricciones de la oferta

- Esta oferta solo es válida para pacientes con seguro comercial privado, en el que ARESTIN® (clorhidrato de minociclina) en microesferas de 1 mg es un medicamento cubierto.
- Esta oferta no es válida para personas elegibles para el reembolso de recetas, en su totalidad o en parte, por parte de cualquier programa federal, estatal o gubernamental, incluso, entre otros, Medicare (incluido Medicare Advantage y los planes Parte A, B y D), Medicaid, TRICARE, la cobertura de salud de la Administración de veteranos o del 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 la totalidad o de una parte del beneficio recibido a través de esta oferta y asume la responsabilidad de realizar los informes requeridos sobre el uso de esta oferta ante la aseguradora que corresponda u otro tercero que pague alguna parte de la receta que se resurte.
- Oferta válida solo en los Estados Unidos a través del programa ARESTIN Rx Access®. Esta oferta no es válida donde se considere legalmente prohibida, gravada o restringida de alguna manera.
- Esta oferta no es válida combinada con otras ofertas. El cupón no tiene valor en efectivo. Sin devolución de efectivo.
- Este beneficio se puede usar solo para una receta de ARESTIN surtida por la farmacia especializada de Accredo Health y despachada al consultorio dental a nombre del paciente según se autoriza a continuación.
- Debe ser mayor de 18 años para poder canjear esta oferta para usted o para un menor. No se puede canjear esta oferta en clínicas subsidiadas por el gobierno.
- Esta oferta solo es válida para un surtido de ARESTIN con receta.
- El beneficio máximo disponible es de \$1,500 por receta surtida. Usted asume la responsabilidad de todos los costos adicionales y gastos una vez que se alcance el beneficio máximo.
- Si recibe cobertura a través de una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) o de un acuerdo similar, es su responsabilidad saber cómo se procesan los reclamos y comprender que los montos que un tercero pague por su receta de ARESTIN se pueden deducir de su límite de beneficios automáticamente.
- Esta oferta no es un seguro de salud. Esta oferta vence el 31 de diciembre de 2022.
- Bausch Health US, LLC se reserva el derecho de rescindir, revocar, dar por finalizada o modificar esta oferta en cualquier momento, sin previo aviso.