

# Formulario de reembolso

Si su farmacia no puede procesar su tarjeta de ahorros de Janssen CarePath, envíe este formulario.



Comenzar

## PASO 1

Complete la información que se encuentra en el reverso.  
Firme el formulario.

## PASO 2

Incluya una copia del recibo de farmacia.  
Un recibo válido incluirá su nombre, el medicamento,  
la fecha y el monto pagado por el medicamento  
INVOKANA<sup>®</sup>, INVOKAMET<sup>®</sup> o INVOKAMET<sup>®</sup> XR.

## PASO 3

Envíe por correo este formulario firmado junto con el recibo  
de farmacia a la dirección que se encuentra en el reverso.  
Los pacientes que reúnen los requisitos recibirán un  
cheque de reembolso.

Lea la Información completa de prescripción que se acompaña,  
incluidas las Advertencias enmarcadas, y la Guía del medicamento de  
INVOKANA<sup>®</sup>, INVOKAMET<sup>®</sup> e INVOKAMET<sup>®</sup> XR, y analice cualquier  
duda que tenga con su médico.

# Formulario de reembolso

INVOKANA® (canagliflozin), INVOKAMET® (canagliflozin/metformin HCl),  
e INVOKAMET® XR (canagliflozin/metformin HCl de liberación prolongada)

Lea las instrucciones que se encuentran en el reverso y complete la información a continuación.

Esta información solo será utilizada por Janssen Pharmaceuticals, Inc., el fabricante de INVOKANA®, INVOKAMET® e INVOKAMET® XR, nuestros afiliados y proveedores de servicios para proporcionarle beneficios relacionados con la activación y el uso de su tarjeta de ahorros de Janssen CarePath. Si desea dejar de recibir información o servicio, puede llamar al 877-468-6526 para retirarse del programa. Nuestra Política de privacidad, disponible en JanssenCarePath.com/Privacy-Policy, rige el uso de la información que usted brinda.

## \*Obligatorio

\*Nombre

\*Dirección

\*Ciudad

\*Estado

\*Código postal

\*Correo electrónico

\*Número de teléfono

\*N.º de identificación de 11 dígitos del programa de ahorros que se encuentra en la parte frontal de la tarjeta

Al canjear este reembolso, usted certifica que no presentará ningún reclamo por los importes cubiertos por este reembolso por el pago a pagadores terceros o de fundaciones y cuentas de ayuda farmacéutica para el paciente, lo que incluye una Cuenta de gastos flexibles (FSA), una Cuenta de ahorros de salud (HSA) o una Cuenta de reembolso de salud (HRA).

Este programa solo está disponible para las personas que utilizan un seguro de salud privado o comercial que cubre una parte de los costos de medicamentos, incluidos los planes disponibles a través de intercambios de atención médica estatales y federales. Este programa no está disponible para las personas que utilizan un programa de atención médica subsidiado por el gobierno estatal o federal que cubre una parte de los costos de medicamentos, como Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Departamento de Asuntos de los Veteranos.

La oferta es válida solo para el producto indicado. Cualquier otro uso puede constituir un fraude. La venta, compra, negociación o falsificación de este formulario de reembolso están prohibidas por la ley federal y dichas actividades pueden tener como resultado el encarcelamiento por no más de 10 años o multas de hasta \$250,000; o ambos. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMPRAR, TRANSFERIR NI VENDER. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMBINAR CON NINGUNA OTRA OFERTA, DESCUENTO, TARJETA DE AHORROS EN RECETAS O PRUEBAS GRATIS. El cliente es responsable de cualquier impuesto sobre las ventas. Se cobra un impuesto sobre el precio antes del reembolso, cuando se requiera. No se devuelve dinero en efectivo. La oferta es válida solo en los EE. UU. y Puerto Rico. Janssen Pharmaceuticals, Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta sin previo aviso en cualquier momento. No válido donde esté prohibido, gravado o donde la ley disponga lo contrario. **Como condición para participar en este programa, usted debe asegurarse de cumplir con los requisitos de divulgación de copago de su compañía de seguros o tercero pagador, incluida la divulgación a su asegurador de la cantidad de ayuda para el copago que reciba de este programa.**

El uso de esta tarjeta está sujeto a los requisitos de elegibilidad del programa que se encuentran en el folleto del Programa de ahorros de Janssen CarePath. **La oferta para una inscripción nueva vence el 31 de diciembre de 2018. Solo para los residentes de Massachusetts, esta oferta está sujeta a cambio por legislación estatal.**

Al firmar, fechar y enviar este formulario, indica que leyó, entendió, está de acuerdo y cumple con los términos y condiciones de este formulario, así como con los requisitos de elegibilidad que se le explicaron cuando recibió la tarjeta, los cuales también se encuentran en el folleto del Programa de ahorros de Janssen CarePath.

\*Firma

\*Fecha

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 877-INVOKANA (877-468-6526), de lunes a viernes de 8:00 A. M.–8:00 P. M., hora del este.

Envíelo por correo a: Janssen CarePath Savings Program  
2250 Perimeter Park Drive, Suite 300  
Morrisville, NC 27560

Recibirá un cheque de reembolso en aproximadamente tres semanas.

Lea la Información completa de prescripción que se acompaña, incluidas las Advertencias enmarcadas, y la Guía del medicamento de INVOKANA®, INVOKAMET® e INVOKAMET® XR, y analice cualquier duda que tenga con su médico.

La canagliflozin se utiliza con licencia de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.

© Janssen Pharmaceuticals, Inc. 2017 Septiembre de 2017 063918-170807