

## Términos y condiciones de los programas de ahorro de Interconnect

El programa de ahorro de INTERCONNECT ("Programa") brindará ayuda económica para los gastos de bolsillo a pacientes elegibles con seguro privado y con receta válida, hasta un máximo de \$10,000 en ayuda por paciente por año calendario.

**El programa de ahorro de INTERCONNECT no es un seguro y no está destinado a sustituirlo.**

Se proporcionará a Intercept Pharmaceuticals, Inc. ("Intercept") su información personal para el Programa. Esta puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico e información relacionada con el seguro y tratamiento con medicamentos con receta. Esta información es necesaria para Intercept Pharmaceuticals, Inc. y nuestros proveedores de servicios para inscribirlo en el Programa. Además, podemos utilizar la información que nos brinda para conocer más sobre los pacientes que usan nuestros productos y mejorar la información que les proporcionamos. Intercept no compartirá su información con otras partes que no pertenezcan al Programa, excepto cuando lo requiera la ley. La información que nos brinda se procesará de acuerdo con el consentimiento que proporcionó cuando se inscribió en el Programa.

El paciente debe cumplir con los requisitos del Programa cada vez que emplea el Programa de ahorro de INTERCONNECT. **Los términos del Programa expirarán al final de cada año calendario. El Programa puede cambiar o terminarse por cualquier motivo y sin aviso, incluso en estados específicos.**

Para participar en el Programa y recibir ayuda económica, el paciente debe cumplir determinados criterios de elegibilidad y todos los términos y condiciones que se describen a continuación:

- **Este Programa únicamente está disponible para pacientes de 18 años o más que tienen un seguro privado.**
- Para inscribirse en el Programa, el paciente (o el representante legal que actúa en su nombre, según corresponda) debe completar personalmente el proceso de inscripción al Programa. Los pagadores externos, los administradores de beneficios de farmacia o sus agentes tienen prohibido ayudar a los pacientes a inscribirse en el Programa. Toda decisión de inscribirse en el Programa debe ser tomada de forma voluntaria por el paciente.
- **Este Programa no está diseñado para pacientes que usan lo siguiente:**
  - **Cualquier programa de salud financiado por el Gobierno estatal o federal. Por ejemplo, Medicaid, Medicare, Medigap, el Departamento de Asuntos de los Veteranos, el Departamento de Defensa, Tricare, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico u otros programas de atención médica federales o estatales (incluido cualquier programa estatal de ayuda para medicamentos con receta); o bien**
  - **Planes de seguro privado u otros programas de beneficios médicos o de farmacia que le reembolsan todo el costo de los medicamentos con receta.**
  - Los pacientes sin seguro y que pagan en efectivo no son elegibles para inscribirse en el Programa.
- Los pacientes que comienzan a recibir beneficios para medicamentos con receta de cualquier programa de salud financiado por el Gobierno estatal o federal deben notificarlo a Intercept en cualquier momento comunicándose con INTERCONNECT y ya no serán elegibles para este Programa.
- El Programa se limita a una sola persona y no se puede transferir. No se permiten sustituciones. Este Programa únicamente se ofrece para beneficiar a pacientes elegibles y no puede emplearse para beneficiar a terceros, incluidos, entre otros, pagadores externos, administradores de beneficios de farmacia o agentes de estos.
- Los ahorros obtenidos en virtud de este Programa deben deducirse de toda solicitud de reembolso que se haya presentado al plan de seguro del paciente, ya sea de forma directa o en nombre del paciente.
- El paciente y el farmacéutico deben informar que el primero recibió ayuda económica en virtud de este Programa de acuerdo con los requisitos de cualquier asegurador, plan de salud u otro pagador externo.
- No tiene validez en donde esté prohibido, gravado o restringido por ley.
- La oferta de este Programa no debe usarse con ningún otro cupón, descuento, tarjeta de ahorro para medicamentos con receta, prueba sin cargo u otra oferta (incluido, entre otros, todo programa ofrecido por pagadores externos o administradores de beneficios de farmacia, o un agente de estos, que modifique las obligaciones de costos compartidos del paciente).

La oferta de este Programa es válida únicamente para residentes elegibles de los Estados Unidos y Puerto Rico, y no tiene validez en donde esté prohibida, gravada o restringida por ley.

**Puede terminar su participación en el programa de ahorro de INTERCONNECT en cualquier momento llamando al 1-844-622-4278.**

Consulte la Información importante de seguridad en la página 6 y haga clic aquí para obtener la [Información de prescripción](#) completa y la [Guía del medicamento](#) de OCALIVA®. Con receta únicamente.

OCALIVA y su logo son marcas comerciales de Intercept Pharmaceuticals, Inc. El logo de INTERCEPT y el logo de INTERCONNECT son marcas comerciales registradas de Intercept Pharmaceuticals, Inc. Todas las marcas comerciales de terceros que se mencionan aquí son propiedad de sus respectivos dueños.  
© 2024 Intercept Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US-PP-PB-2307 01/24

ICPT DV04  
Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Coordinador de atención al 1-844-622-4278 //  
De lunes a viernes, de 8 AM a 8 PM (hora del Este)

**Interconnect**  
SUPPORT SERVICES