Viread Co-pay
Coupon Program

9 out of 10 eligible patients enrolled in the **VIREAD Co-pay Coupon Program** pay a **$0 co-pay.***

The VIREAD Co-pay Coupon Program is here to help reduce your out-of-pocket costs if you:

- Have commercial insurance
- Have no insurance/pay cash

If you are enrolled in a government healthcare program such as Medicare Part D or Medicaid, you are not eligible. This includes when you are in the Medicare Part D coverage gap known as "the donut hole."

The VIREAD Co-pay Coupon Program will cover the out-of-pocket costs of your VIREAD prescription up to $300 every month for the next 12 months (up to $3,600 per year).

Please click here to see VIREAD Co-pay Coupon Program Terms and Conditions or see back page.

Call **1-877-627-0415** and see if you are eligible for the **VIREAD Co-pay Coupon Program** and start saving money today.

* Data on file. Gilead Sciences, Inc. Co-pay assistance report. December 2015.

Please click here to see full Prescribing Information, including Patient Information with **important warnings**.

300mg tablets
Viread
tenofovir disoproxil fumarate

在有資格加入「VIREAD 共付額折扣券計劃」的病人中，幾乎每10名就有 9 人支付 $0 共付額。

若您滿足以下要求，「VIREAD 共付額折扣券計劃」可以幫助降低您的自付費用：

擁有商業保險
沒有保險/支付現金

若您已加入政府醫療保險計劃，例如 Medicare D 部份或 Medicaid，則您沒有資格加入本計劃。這包括您加入名為「donut hole」的 Medicare D 部份保險缺口的情況。

「VIREAD 共付額折扣券計劃」在接下來的 12 個月內每月最多承保 300 美元的 VIREAD 處方藥自付費用（每年最高 3600 美元）。

請閱讀背面的「VIREAD 共付額折扣券計劃條款和條件」。

撥打 1-877-627-0415 查明您是否有資格參加「VIREAD 共付額折扣券計劃」，今天就開始省錢。

請閱讀完整的處方信息，包括背面口袋內標有**重要警告**的病人資訊。

Khoảng 9 trong 10 bệnh nhân hội đủ điều kiện ghi danh vào **Chương Trình Phiếu Giảm Giá Co-pay của VIREAD** trả **$0 cho tiền co-pay.**

Chương Trình Phiếu Giảm Giá Co-pay của VIREAD giúp quý vị giảm chi phí phải trả bằng tiền túi nếu quý vị:

Có bảo hiểm thương mại
Không có bảo hiểm/trả bằng tiền mặt

Nếu quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc sức khỏe của chính phủ như là Medicare Part D hoặc Medicaid, thì quý vị không hội đủ điều kiện, kể cả khi quý vị nằm trong khoảng hở của bảo hiểm Medicare Part D được gọi là "the donut hole".

Chương Trình Phiếu Giảm Giá Co-pay của VIREAD sẽ bao trả các chi phí phải trả bằng tiền túi tối đa $300 mỗi tháng cho 12 tháng kế tiếp cho thuốc theo toa VIREAD của quý vị (tối đa $3,600 mỗi năm).

Xin hãy xem các Điều Khoản và Điều Kiện của Chương Trình Phiếu Giảm Giá Co-pay của VIREAD ở bìa sau.

Gọi **1-877-627-0415** và xem thử quý vị có hội đủ điều kiện hay không cho **Chương Trình Phiếu Giảm Giá Co-pay của VIREAD** và bắt đầu tiết kiệm tiền ngay hôm nay.

Vui lòng xem Thông Tin Kê Toa đầy đủ, kể cả Thông Tin Cho Bệnh Nhân với **các cảnh báo quan trọng**, ở túi bên trong của bìa sau.

VIREAD 코-페이 (co-pay) 쿠폰 프로그램에 등록된 10명 중 거의 9명의 자격이 있는 환자가 $0 코-페이를 지불합니다.

VIREAD 코-페이 쿠폰 프로그램은 다음과 같은 경우 본인부담 비용을 줄이는데 도움이 됩니다.

상업용 보험을 보유
보험이 없거나 현금으로 지불

메디케어 파트 D 또는 메디케이드와 같은 정부 건강보험에 가입된 경우에는 자격이 주어지지 않습니다. 여기에는 "도넛 홀"이라고 알려진 메디케어 파트 D 적용 범위 공백도 포함됩니다.

VIREAD 코-페이 쿠폰 프로그램은 VIREAD 처방의 본인부담 비용을 향후 12개월 동안 매월 최대 $300(연간 최대 $3,600)까지 감당합니다.

뒷면의 VIREAD 코-페이 쿠폰 프로그램의 약관을 참고하십시오.

1-877-627-0415 로 전화하셔서 **VIREAD 코-페이 쿠폰 프로그램**에 자격이 있는지 확인하고 오늘부터 절약하기 시작하세요.

뒤쪽 포켓 안의 환자 정보와 **중요 경고**를 포함한 전체 처방 정보를 확인하세요.

Please click here to see full Prescribing Information, including Patient Information with **important warnings**.

300mg tablets
Viread®
tenofovir disoproxil fumarate

VIREAD Co-pay Coupon Program Terms and Conditions

The VIREAD® (tenofovir disoproxil fumarate) tablets Co-pay Coupon Program will cover the out-of-pocket costs of your VIREAD prescription up to $300 every month for the next 12 months (up to $3,600 per year).

The VIREAD Co-pay Coupon Card ("Card") can be used only by eligible residents of the U.S., Puerto Rico, or U.S. Territories at participating eligible retail, specialty, or mail-order pharmacies in the U.S., Puerto Rico, or U.S. territories. Product must originate in the U.S. or Puerto Rico, or U.S. territories. You must be 18 years or older to use the Card for yourself or a minor.

The Card is limited to one per person and is not transferable. No substitutions are permitted. This Card is only available with a valid prescription. The offer cannot be combined with any other coupon, free trial, discount, prescription savings card, or other offer. Patient may not be currently receiving free drug assistance through Gilead Sciences, Inc. ("Gilead")'s patient assistance programs.

The Card is not insurance and is not intended to substitute for insurance.

THE CARD IS VALID ONLY FOR PATIENTS WITH COMMERCIAL INSURANCE OR CASH-PAY PATIENTS AND IS NOT VALID FOR PRESCRIPTIONS THAT ARE ELIGIBLE TO BE REIMBURSED:

- IN WHOLE OR PART, BY MEDICARE, MEDICAID OR A MEDICARE PART D PLAN, TRICARE, VA, DOD, PUERTO RICO GOVERNMENT HEALTH INSURANCE PLAN ("HEALTHCARE REFORM"), OR ANY OTHER FEDERAL OR STATE-FUNDED HEALTHCARE BENEFIT PROGRAM (COLLECTIVELY, "GOVERNMENT PROGRAMS"); OR
- BY COMMERCIAL PLANS OR OTHER HEALTH OR PHARMACY BENEFIT PROGRAMS THAT REIMBURSE FOR THE ENTIRE COST OF PRESCRIPTION DRUGS.

Patients without insurance coverage or who have commercial insurance that does not cover the Gilead product are considered "cash pay" patients. Medicare Part D enrollees who are in the prescription drug coverage gap (the "donut hole") are not considered cash pay, and are not eligible for the co-pay coupon. Patients who begin receiving prescription benefits from such Government Programs at any time will no longer be eligible to use the Card. Void where prohibited by law, taxed, or restricted. Absent a change in Massachusetts law, effective July 1, 2015, the Card will no longer be valid for residents of Massachusetts.

Patient, pharmacist, and prescriber agree not to seek reimbursement for all or any part of the benefit received by the patient through the offer. Both patient and pharmacist are each individually responsible for reporting receipt of coupon benefit to any insurer, health plan, or other third party who pays for or reimburses any part of the prescription filled using the Card, as required.

It is illegal to sell, purchase, trade, or counterfeit, or offer to sell, purchase, trade, or counterfeit the Card.

Certain information pertaining to your use of the Card will be shared with Gilead, the sponsor of the Card, and its affiliates. The information disclosed will include the date the prescription is filled, the number of pills or product dispensed by the pharmacists, and the amount of your co-pay that will be paid for by using this Card. For more information, please see the Gilead Privacy Policy at www.gilead.com.

Gilead reserves the right to terminate, rescind, revoke, or modify this Card at any time without notice.

Please click here to see full Prescribing Information, including Patient Information with **important warnings**.

GILEAD

© 2016 Gilead Sciences, Inc. All rights reserved. GILEAD, the GILEAD Logo,and VIREAD are trademarks of Gilead Sciences, Inc. All other marks are the property of their respective owners.
VIRC0091 4/16