Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

Guía de referencia rápida

Para pacientes que enfrentan desafíos de asequibilidad

Johnson & Johnson cree que los desafíos de asequibilidad no deben interponerse en el camino de los pacientes y sus medicamentos. Los medicamentos de J&J pueden proporcionarse sin costo a los pacientes elegibles que no estén asegurados o que tengan una cobertura inadecuada a través de planes comerciales, patrocinados por el empleador o gubernamentales y que no estén respaldados por otras ofertas de J&J.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

Es posible que los pacientes sean elegibles para recibir medicamentos de J&J sin costo durante un máximo de un año si cumplen con los siguientes requisitos:

- No tener un seguro o tener un plan de seguro comercial o patrocinado por el empleador o una cobertura gubernamental, como Medicare, Medicaid, TRICARE, atención de la salud del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos o atención de la salud del Departamento de Defensa de los Estados Unidos
- Vivir en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, que incluyen St. Thomas, St. John y St. Croix
- Recibir tratamiento como pacientes ambulatorios de un proveedor de atención médica autorizado en los Estados Unidos
- Tener una receta para un medicamento elegible de J&J
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos
  - Los ingresos de los pacientes deben ser iguales o inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)
- Para pacientes de la Parte D de Medicare únicamente:
  - Demostrar que no son elegibles para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)
    - Requisito del LIS aplicable solo a pacientes cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 150 % del FPL
    - Consulte la página 4 para obtener más información sobre los requisitos del LIS

COMIENCE HOY MISMO

Visite **JJPatientAssistance.com** O llame al **833-742-0791**

Horario de atención: **lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del Este**

¿Cuáles son los medicamentos elegibles de J&J?

AKEEGA®* (niraparib and abiraterone acetate) comprimidos para uso oral

BALVERSA®* (erdafitinib) comprimidos para uso oral

DARZALEX®* (daratumumab) inyección para infusión intravenosa

DARZALEX *FASPRO*®* (daratumumab and hyaluronidase-fihj) inyección para uso subcutáneo

EDURANT®* (rilpivirine) comprimidos

ELMIRON®* (pentosan polysulfate sodium) cápsulas

ERLEADA®* (apalutamide) comprimidos para uso oral

INLEXZO™ (gemcitabine intravesical system) sistema de administración intravesical

INTELENCE®* (etravirine) comprimidos

INVEGA HAFYERA®† (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVEGA SUSTENNA®† (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVEGA TRINZA®† (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVOKAMET®† (canagliflozin/metformin HCl) comprimidos

INVOKAMET® XR† (canagliflozin/metformin HCl) comprimidos de liberación prolongada

INVOKANA®* (canagliflozin) comprimidos

PREZCOBIX®* (darunavir 800 mg/cobicistat 150 mg) comprimidos

PREZISTA®* (darunavir) comprimidos o suspensión oral

RISPERDAL CONSTA®† (risperidone) inyección de acción prolongada

RYBREVANT®* (amivantamab-vmjw) infusión intravenosa

RYBREVANT *FASPRO*™* (amivantamab and hyaluronidase-lpuj) inyección para uso subcutáneo

RYBREVANT® (amivantamab-vmjw) infusión intravenosa en combinación con **LAZCLUZE**®* (lazertinib) comprimidos

RYBREVANT *FASPRO*™* (amivantamab and hyaluronidase-lpuj) inyección para uso subcutáneo en combinación con **LAZCLUZE**®* (lazertinib) comprimidos

SIRTURO®† (bedaquiline) comprimidos

SPRAVATO®† (esketamine) aerosol nasal CIII para uso intranasal

SYMTUZA®† (darunavir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir alafenamide) comprimidos

TALVEY®† (talquetamab-tgvs) inyección para uso subcutáneo

TECVAYLI®† (guselkumab) jeringa precargada o inyector One-Press controlado por el paciente

XARELTO®† (rivaroxaban) comprimidos o suspensión oral

YONDELIS®* (trabectedin) inyección para uso intravenoso

¿Cuáles son los requisitos de ingresos para los medicamentos elegibles?

Los ingresos de los pacientes deben ser iguales o inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza (FPL).

Tamaño de la unidad familiar/familia	Límite de ingresos del programa 2026		
	Todos los estados excepto Alaska y Hawái	Alaska	Hawái
1	$46,950	$58,650	$53,970
2	$63,450	$79,290	$72,960
3	$79,950	$99,930	$91,950
4	$96,450	$120,570	$110,940
5	$112,950	$141,210	$129,930
6	$129,450	$161,850	$148,920
7	$145,950	$182,490	$167,910
Para cada persona mayor de 7 años, agregar	$16,500	$20,640	$18,990

***Consulte la Información importante de seguridad y la Información de prescripción completa disponible en JNJwithMe.com.**

†Consulte la Información importante de seguridad, incluido el RECUADRO DE ADVERTENCIA(S), y la Información de prescripción completa disponible en JNJwithMe.com.

SOLO CON FINES ADMINISTRATIVOS

Cómo inscribirse

Para pacientes y cuidadores, pueden inscribirse haciendo clic aquí.

Los proveedores pueden inscribir a sus pacientes en Portal.JNJwithMe.com/patient-assistance/enroll.

Cómo enviar una solicitud

Para inscribirse, los pacientes deben firmar un formulario de consentimiento del paciente y un Formulario de autorización del paciente. Estos formularios se pueden firmar en línea en los siguientes enlaces:

- ☑ **Formulario de consentimiento del paciente**
- ☑ **Formulario de autorización del paciente**

Las mejores prácticas son incluir los siguientes documentos, si los tiene:

- ☑ **Información del seguro:** Copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro (p. ej., seguro médico, seguro de farmacia, etc)
- ☑ **Negación de seguro:** Si su seguro le denegó la cobertura del medicamento solicitado, incluya la documentación de denegación
- ☑ **Comprobante de ingresos:** Una copia una copia de su última declaración de impuestos federales (Formulario 1040 o 1040-SR)
- ☑ **Solo para Puerto Rico:** Incluya la documentación financiera de respaldo junto con la solicitud. Formularios aceptables: Declaración del impuesto a la renta (Formulario 482), Certificado de presentación de declaraciones (Formulario AS 6088.1) y Beneficios del seguro social (Formulario SSA-1099)

Siguientes pasos:

Determinaremos la cobertura del seguro del paciente y verificaremos la elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson. Para determinar la elegibilidad, realizaremos una evaluación crediticia; sin embargo, esto no afectará el puntaje de crédito del paciente. Proporcionaremos actualizaciones tanto a los pacientes como a sus proveedores de atención médica sobre el estado de la inscripción. Para obtener más información sobre otras ofertas de J&J, visite **JNJwithMe.com**.

Información adicional sobre los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS) para beneficiarios de la Parte D de Medicare

El LIS, también conocido como Ayuda Adicional, es un programa federal de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus medicamentos recetados.

Para calificar en el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson, los pacientes de la Parte D de Medicare deben demostrar que NO son elegibles para el LIS si los ingresos brutos de su hogar son inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza (FPL).

Para confirmar que un paciente NO es elegible para LIS:

1. Visite **SSA.gov/extrahelp**, haga clic en “Solicite por internet” bajo el encabezado “Solicite la Ayuda Adicional por internet” y complete la sección “Averiguar si tiene derecho” en la parte inferior de la primera página.
2. Complete los campos para determinar si el paciente puede ser apto para el LIS.
3. Imprima la página de resultados o guárdela como captura de pantalla y luego, envíela por fax o por correo electrónico a través del **Sitio de carga de documentos**. También puede llamarnos para completar este proceso.

¿Cuáles son los términos y condiciones para los pacientes?

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE JOHNSON & JOHNSON

Es posible que sea elegible para recibir sus medicamentos de Johnson & Johnson (J&J) sin cargo durante un máximo de un año si le han recetado un medicamento de J&J, tiene una dificultad financiera y ha agotado todas las demás opciones de asequibilidad.

Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad e ingresos para calificar para el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson.

Usted no es elegible para recibir medicamentos sin costo de J&J si su seguro médico cubrirá el costo de su medicamento recetado por J&J si se niega esta solicitud. Algunos empleadores, aseguradoras y otras compañías obligan a los pacientes a solicitar los fármacos médicamente necesarios a programas de productos gratuitos, en lugar de cubrir dichos medicamentos de manera directa e inmediata a través de un seguro, lo que puede provocar retrasos en la atención y discriminar a los pacientes de ingresos más bajos. Estos tipos de "Programas de desvío de asistencia" generalmente son establecidos por compañías que se benefician desviando recursos de los pacientes necesitados. Un Programa de desvío de asistencia es cualquier programa de aseguradora, empleador o terceros que retenga la cobertura o el pago del fármaco médicamente necesario del Paciente hasta que este haya llenado una solicitud de asistencia gratuita para el producto. J&J prohíbe los programas de desvío de asistencia para asegurarse de que haya ayuda disponible para los pacientes sin red de seguridad. Su aseguradora debe enviar un formulario de Certificación de elegibilidad del paciente para confirmar que su cobertura de medicamentos no está sujeta a un Programa de desvío de asistencia.

El Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson no reemplaza los medicamentos que se administraron o se dispensaron a pacientes elegibles e inscritos a partir del suministro del proveedor o del suministro de la farmacia afiliada al proveedor.

No puede solicitar el pago del valor de estos medicamentos de J&J recibidos de este programa a ningún plan de salud, fundación de asistencia al paciente, cuenta de gastos flexibles ni cuenta de ahorros para la atención de la salud.

Antes de que se inscriba en el programa de asistencia al paciente, es importante que entienda que se le pedirá que proporcione información personal que puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información financiera y/u otra información, incluida la información relacionada con su seguro de medicamentos con receta y su tratamiento. Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. y sus proveedores de servicios utilizarán esta información para determinar su elegibilidad, inscribirlo y administrar el programa. El uso de su información se regirá por nuestra **Política de privacidad**.

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y sus ingresos son iguales o están por debajo del 150 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL), deberá demostrar que no es elegible para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS).

Esta oferta del programa puede no usarse con ningún otro cupón, descuento, tarjeta de ahorros para medicamentos con receta, prueba gratuita u otra oferta. Oferta válida solo en Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos, que incluyen St. Thomas, St. John y St. Croix. Nula donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. Los términos del programa vencerán al final de cada año calendario y pueden cambiar o finalizar sin previo aviso, incluso en estados específicos.

Puede poner fin a su participación en el programa en cualquier momento llamando al 833-742-0791, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M. hora del Este.

© Johnson & Johnson and its affiliates 2026 01/26 cp-433689v4