

Es necesario un Formulario de Autorización del Paciente completado, que se encuentra en las páginas 3 y 4 de este documento, para acceder a determinados servicios de apoyo al paciente bajo Janssen CarePath. Envíe el Formulario de Autorización del Paciente con este Formulario de Inscripción del Paciente.

La información que proporcione será utilizada por una farmacia afiliada a Janssen Biotech, Inc., y sus proveedores de servicios (Farmacia) en relación con el tratamiento de su paciente. La información que proporcione se utilizará de acuerdo con el [Aviso de Prácticas de Privacidad](#) ("Política de Privacidad").

## Asistencia integral para ayudar a sus pacientes a comenzar y seguir con el tratamiento recetado

Verificaremos la cobertura del seguro, apoyaremos y supervisaremos el proceso de autorización previa, proporcionaremos información sobre el reembolso, ayudaremos a encontrar opciones asequibles para los pacientes elegibles y proporcionaremos apoyo continuo para ayudar a los pacientes a seguir con SIMPONI<sup>®</sup>. Esto incluye:

**Apoyo ante Demora y Rechazo:** Janssen ofrece a los pacientes elegibles SIMPONI<sup>®</sup> sin costo hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Para inscribir a su paciente en Apoyo ante Demora y Rechazo, debe completarse una Prescripción de SIMPONI<sup>®</sup> vía Janssen CarePath en la sección 5.

**Programa de Asistencia al Paciente de Janssen:** La asistencia al paciente está disponible si su paciente tiene cobertura comercial, gubernamental o patrocinada por un empleador que no satisfaga plenamente sus necesidades. Su paciente puede ser elegible para recibir su medicamento de Janssen de forma gratuita durante un máximo de un año si cumple los requisitos de elegibilidad e ingresos del Programa de Asistencia al Paciente de Janssen. Para inscribir a su paciente en el Programa de Asistencia al Paciente de Janssen, en la sección 5 se requiere una Receta de SIMPONI<sup>®</sup> a través de Janssen CarePath.

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Requerido)

NOMBRE (nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ SEXO ☐ M ☐ F  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_ ALTERNATIVO \_\_\_\_\_  
NÚMERO PREFERIDO PARA LLAMAR ☐ MÓVIL ☐ ALTERNATIVO MEJOR HORA PARA CONTACTAR ☐ MAÑANA ☐ TARDE ☐ NOCHE  
☐ El paciente ha dado su consentimiento para el tratamiento por parte de la Farmacia y ha autorizado la recopilación, el uso y la divulgación de su información médica tal y como se describe en la Política de Privacidad. Entiendo que la Farmacia puede ponerse en contacto con el paciente por teléfono o por cualquier otro motivo en relación con este programa.

## 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (Requerido. Complete los campos a continuación O proporcione una copia de las tarjetas de seguro).

SEGURO MÉDICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ BENEFICIO DE FARMACIA O SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_ TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_ N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_ N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUERIDA. La información solicitada es solo para fines de investigación de beneficios. Visite [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) para ver los códigos ICD-10 o consulte el libro de códigos ICD-10 para obtener más información).

|  |  |
|--|--|
| <b>DIAGNÓSTICO PRIMARIO:</b> Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica | <b>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:</b> Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica |
| CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____   | CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____   |

**MEDICAMENTOS PREVIOS (SE REQUIERE COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PREVIA)**

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracetamol, ibuprofeno, naproxeno sódico u otros analgésicos de venta sin receta | <input type="checkbox"/> Actemra <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> Azatioprina          | <input type="checkbox"/> Cimzia <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> Corticosteroides     | <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida       |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporina  | <input type="checkbox"/> Enbrel <sup>®</sup>  | <input type="checkbox"/> Humira <sup>®</sup>  | <input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina   | <input type="checkbox"/> Dysport <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> Leflunomida          |
| <input type="checkbox"/> AINE de venta con receta  | <input type="checkbox"/> Rituxin <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> Skyrizi <sup>®</sup> | <input type="checkbox"/> Otra _____          | <input type="checkbox"/> Metotrexato          | <input type="checkbox"/> Orencia <sup>®</sup> |
|  |   |   |  | <input type="checkbox"/> Dysport Penicilamina |   |

## 4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (OBLIGATORIA)

NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECETA (Nombre, apellido) \_\_\_\_\_ CONTACTO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CENTRO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_ N.º DE NPI \_\_\_\_\_

## 5. INFORMACIÓN DE RECETA (OBLIGATORIA para completar la investigación de beneficios).

**INSTRUCCIONES PARA Rx SIMPONI<sup>®</sup>** ☐ 1 autoinyector de un solo uso, 50 mg/0,5 ml SC una vez al mes ☐ 1 jeringa de un solo uso precargada, 50 mg/0,5 ml SC una vez al mes N.º de resurtidos \_\_\_\_\_

## RECETA DE SIMPONI<sup>®</sup>

**Firma necesaria para inscribir a pacientes elegibles en el programa de Apoyo ante Demora y Rechazo o en el Programa de Asistencia al Paciente de Janssen.**

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA** (Entregar según lo escrito) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Al enviar esta receta, entiendo que la Farmacia comprobará la elegibilidad del paciente y podrá inscribir al paciente en determinados programas de apoyo en función de los resultados de la investigación de los beneficios con el consentimiento del paciente. Si el paciente es elegible para los programas de apoyo, certifico que acepto los requisitos del programa y que tomaré las medidas necesarias descritas en los requisitos para mi paciente. Consulte los requerimientos del programa en la página 2.

## RECETA DE FARMACIA COMERCIAL (OPCIONAL)

Farmacia preferida por el paciente o el proveedor \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA** (Entregar según lo escrito) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) REQUERIDA PARA VALIDAR LA PRESCRIPCIÓN:** Certifico que la terapia con SIMPONI<sup>®</sup> es clínicamente necesaria para este paciente. Supervisaré el tratamiento del paciente en consecuencia y he revisado la Información de Prescripción actual de SIMPONI<sup>®</sup>.

Los proveedores de servicios para Janssen CarePath le brindan información sobre la cobertura de seguro, opciones de apoyo para los costos, y apoyo para el tratamiento de su paciente. La información que obtenga no requiere que ni usted ni su paciente usen ningún producto de Janssen. Debido a que la información que le brindamos proviene de fuentes externas, Janssen CarePath no puede prometer que la información esté completa. El apoyo de costos de Janssen CarePath no es para pacientes de Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation.

## APOYO ANTE DEMORA Y RECHAZO

Janssen ofrece a los pacientes elegibles SIMPONI® (golimumab) **sin costo** hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Consulte los requisitos del programa a continuación.

### Para ser elegible, el paciente debe tener lo siguiente:

1. Una receta de SIMPONI® para una indicación aprobada por la FDA en la etiqueta.
2. Seguro comercial con cobertura de productos biológicos.
3. Una demora de más de 5 días laborables o un rechazo del tratamiento por parte de su seguro.

Además, para que el paciente sea elegible, el Médico que Receta debe presentar lo siguiente:

4. Un formulario de determinación de cobertura (es decir, autorización previa o autorización previa con excepción) para el seguro comercial.

Si se rechaza la cobertura, el Médico que Receta también debe presentar una carta de excepción de formulario, carta de necesidad médica o una apelación dentro de los 90 días a partir de la determinación de que el paciente reúne los requisitos para permanecer en el programa.

### El paciente no es elegible si:

1. El paciente utiliza cualquier programa de atención médica estatal o federal financiado por el gobierno para cubrir los costos de los medicamentos. Algunos ejemplos de estos programas son Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa y la Administración de Veteranos.
2. Se rechaza la autorización previa debido a información faltante en el formulario de determinación de cobertura, uso para una indicación no aprobada por la FDA o fundamentos clínicos inválidos.

El paciente es elegible hasta que el seguro comercial cubra el medicamento. El programa requiere una verificación periódica del estado de la cobertura del seguro para confirmar la continuidad de la elegibilidad.

Apoyo ante Demora y Rechazo cubre únicamente el costo de la terapia, no el costo de administración asociado. El médico prescriptor no puede facturarle al plan de seguro comercial ninguna parte del tratamiento subcutáneo recetado. El paciente no puede presentar el valor del producto gratis como reclamación de pago a ningún plan de salud. El programa es válido solo en los Estados Unidos y sus territorios. Es nulo donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. Los términos del programa pueden cambiar.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE JANSSEN

Su paciente puede ser elegible para recibir medicamentos de Janssen de forma gratuita durante un máximo de un año si se le ha recetado un medicamento de Janssen, tiene dificultades económicas y está actualmente inscrito en un seguro de salud gubernamental, comercial o de grupo empleador.

Su paciente debe cumplir los requisitos de elegibilidad e ingresos para ser elegible para el Programa de Asistencia al Paciente.

Su paciente no es elegible para recibir el medicamento gratuito de Janssen si su seguro médico cubre el costo de su medicamento recetado por Janssen si se rechaza esta solicitud. Algunos empleadores, aseguradoras y otras empresas fuerzan a los pacientes a solicitar medicamentos clínicamente necesarios de programas de productos gratuitos en lugar de cubrir dichos medicamentos directa e inmediatamente a través de un seguro, lo que podría provocar demoras en la atención y discriminación a los pacientes con ingresos más bajos. Estos tipos de "Programas de Desvío de Asistencia" suelen estar establecidos por empresas que se benefician al desviar los recursos de los pacientes que los necesitan. Un Programa de Desvío de Asistencia es cualquier aseguradora, empleador o programa de terceros que retenga la cobertura o el pago del medicamento clínicamente necesario del paciente hasta que este haya completado una solicitud para asistencia gratuita de productos. Janssen prohíbe los Programas de Desvío de Asistencia para asegurarse de que se dispone de ayuda para los pacientes sin red de seguridad. La aseguradora de su paciente debe enviar un formulario de Certificación de Elegibilidad del Paciente para confirmar que su cobertura del fármaco no está sujeta a un Programa de Desvío de Asistencia.

Su paciente no podrá solicitar el pago por el valor de los medicamentos de Janssen recibidos de este programa de ningún plan de salud, fundación de asistencia al paciente, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros médicos.

Antes de que su paciente 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 e información relacionada con su seguro y tratamiento de medicamentos con receta. Janssen Biotech, Inc., y sus proveedores de servicios utilizarán esta información para determinar si reúne los requisitos, inscribirlo en el programa y administrar dicho programa. La información también se utilizará para obtener más información sobre las personas que utilizan el programa y mejorarlo y se compartirá con los proveedores de servicios que prestan apoyo a este.

Si su paciente tiene Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (parte D), se le puede pedir que testifique o presente un informe de su farmacia o una declaración de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su aseguradora que muestre sus costos de bolsillo para el año en curso. Para reunir los requisitos para el programa, el 4 % de los ingresos brutos anuales del paciente en el hogar deben gastarse en costos por receta de su bolsillo para el paciente y/u otros miembros de su hogar. Esta oferta del programa no puede utilizarse con otro cupón, descuento, tarjeta de ahorro con receta, prueba gratuita u otra oferta. La oferta es válida solo en los Estados Unidos y sus territorios. Es nulo donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. Los términos del programa caducarán al final de cada año natural y pueden cambiar o finalizar sin previo aviso, incluso en estados específicos.

Su paciente puede finalizar su participación en el programa en cualquier momento llamando al 877-CarePath (877-227-3728), de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M. hora del este.

Lea la [Información de Prescripción](#) completa, incluido el Recuadro de Advertencia, y la [Guía del Medicamento](#) para SIMPONI®.

## Programa de Apoyo al Paciente de Janssen

### Formulario de Autorización del Paciente

Los pacientes deben leer la Autorización del Paciente, marcar los encasillados de permiso deseados y devolver ambas páginas del Formulario al Programa de Apoyo al Paciente de Janssen.

- Descargue una copia, imprímala, marque los encasillados deseados y firme. Su Proveedor de Atención Médica puede escanear el Formulario completado y cargarlo en el Portal de Proveedores, o puede enviarlo por fax al 855-224-5072 o por correo a Janssen CarePath, apartado postal 15510, Pittsburgh, PA 15244.
- Puede firmar un Formulario digital en la consulta de su Proveedor de Atención Médica o en la Cuenta de Paciente de Janssen CarePath en [MyJanssenCarePath.com](https://MyJanssenCarePath.com).

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Otorgo permiso para que cada uno de mis “Proveedores de Atención Médica” (p. ej., mis médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros Proveedores de Atención Médica y su personal) y “Aseguradoras” (p. ej., mis planes de seguro médico) compartan mi Información Médica Protegida según se describe en este Formulario.

Mi “Información Médica Protegida” incluye toda la información relacionada con mi condición médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro médico.

La(s) siguiente(s) persona(s) o clase(s) de persona(s) tiene(n) permiso para recibir y usar mi Información Médica Protegida (en conjunto, “Janssen”):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes.
- Proveedores de otras fuentes de financiamiento, incluyendo fundaciones y proveedores de asistencia con copagos.
- Proveedores de servicios para los Programas de Apoyo al Paciente, incluyendo subcontratistas o proveedores de atención médica que ayudan a Janssen a llevar a cabo los programas.
- Proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan la identificación, agregan o analizan datos de los programas de apoyo al paciente de Janssen.

Además, doy permiso a Janssen para que reciba, use y comparta mi Información Médica Protegida con los siguientes fines:

- Determinar si cualifico, inscribirme, comunicarse conmigo y brindarme servicios relacionados con los programas de apoyo al paciente de Janssen, incluidos los servicios a domicilio.
- Administrar los programas de apoyo al paciente de Janssen.
- Dar material educativo y de cumplimiento, información y recursos relacionados con mi medicamento de Janssen en relación con los programas de apoyo al paciente de Janssen.
- Comunicarse con mis proveedores de Atención Médica en relación con el acceso, el reembolso y el cumplimiento de mi medicamento de Janssen, y para comunicarle a mi Proveedor de Atención Médica que estoy participando en los programas de apoyo al paciente de Janssen.
- Verificar, ayudar y coordinar mi cobertura de medicamentos de Janssen con mis aseguradoras y proveedores de Atención Médica.
- Coordinar la receta o la ubicación del tratamiento y la programación asociada.
- Realizar análisis para ayudar a Janssen a evaluar, crear y mejorar sus productos, servicios y atención al cliente para los pacientes a los que se le han recetado medicamentos de Janssen.
- Compartir y dar acceso a la información creada por los programas de apoyo al paciente de Janssen que pueda ser útil para mi atención.

Entiendo que Janssen podrá compartir mi Información Médica Protegida para los usos descritos en este formulario con:

- Mis aseguradoras.
- Mis proveedores de Atención Médica.
- Cualquiera de las personas que otorgaron permiso para recibir y usar mi Información Médica Protegida como se mencionó anteriormente.
- Cualquier persona a la que doy permiso como contacto adicional.

## Programa de Apoyo al Paciente de Janssen

### Formulario de Autorización del Paciente

Janssen y los demás destinatarios de los datos enumerados en este Formulario pueden compartir información sobre mí según lo permitido en este Formulario o si se elimina cualquier información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo posible por mantener la privacidad de mi información, pero una vez que mi Información Médica Protegida se divulgue según lo permitido en este Formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Comprendo que no estoy obligado a firmar este Formulario. Mi decisión de firmar no cambiará la forma en que mis proveedores de Atención Médica o aseguradoras me tratan. Si no firmo este formulario, o cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los programas de apoyo al paciente de Janssen. Entiendo que Janssen puede pagar a las farmacias que despachan y envían mis medicamentos y a proveedores de servicios por los programas de apoyo al paciente por sus servicios y datos. Esto puede incluir el pago por compartir Información Médica Protegida y otros datos en relación con estos programas, según lo permitido en este Formulario. Este Formulario será válido por 10 años a partir de la fecha de la firma, excepto cuando la legislación estatal requiera un tiempo más corto o hasta que deje de participar en cualquier Programa de Apoyo al Paciente de Janssen. La información recopilada antes de esa fecha puede continuar utilizándose para los fines establecidos en este Formulario. Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga este Formulario en cualquier momento comunicándoselo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, apartado postal 15510, Pittsburgh, PA 15244. También puedo cancelar mi permiso informando por escrito a mis proveedores de Atención Médica y aseguradoras de que no quiero que compartan ninguna información con Janssen. También comprendo que si cancelo mi permiso, no afectará la manera en que Janssen usa y comparte mi Información Médica Protegida que recibió Janssen antes de mi cancelación. Comprendo que puedo solicitar una copia de este Formulario.

#### Permiso para comunicaciones fuera de los programas de apoyo al paciente de Janssen:

- ☐ Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con mi medicamento de Janssen.
- ☐ Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de Janssen.

Para obtener información sobre los derechos de privacidad y las opciones específicas de los residentes de California, consulte el aviso de privacidad de Janssen disponible en <https://www.janssen.com/us/privacy-policy#california>.

#### Permiso para comunicaciones de texto:

- ☐ Sí, me gustaría recibir mensajes de texto. Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto, según lo permitido por este Formulario, al número de teléfono celular que aparece a continuación. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Comprendo que no estoy obligado a dar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los programas de apoyo al paciente de Janssen ni para recibir ninguna otra comunicación que haya seleccionado.

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

El paciente firma aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar a continuación:

Por: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar en nombre del paciente)

Describe la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas para el paciente:

\_\_\_\_\_

