

# Programa de ahorros de TREMFYA withMe

para los pacientes elegibles con un seguro comercial

## Pague tan solo \$0 por dosis

El programa proporciona:

**Apoyo para costos de medicamentos**

**Apoyo para costos de administración del tratamiento**

- El programa puede cubrir sus gastos de bolsillo para la administración de TREMFYA® y los análisis de laboratorio elegibles

Se aplicará el beneficio máximo del programa por año calendario. Los términos vencen al final de cada año calendario. La oferta está sujeta a cambios o a finalización sin previo aviso. Pueden aplicarse restricciones, incluidos máximos mensuales. Consulte los requisitos del programa en las páginas siguientes.

**Obtenga ahorros en sus gastos de bolsillo para TREMFYA®. Se pueden aplicar ahorros para copagos, coseguros o deducibles.**



## 1. Comenzar

### Inscripción exprés disponible



[Tremfya.com/signup](http://Tremfya.com/signup)

Una vez inscrito, obtenga una tarjeta del Programa de ahorros electrónicos que se puede guardar en su billetera digital en su dispositivo móvil.

## 2. Cómo usar el Programa de ahorros

### La forma en que se puede utilizar el Programa de ahorros depende del seguro que utilice para pagar su tratamiento:



#### Si utiliza su seguro de farmacia/medicamentos recetados para pagar su medicamento en una farmacia:

Puede proporcionar su información de reclamaciones de farmacia (número de grupo, número de BIN y número de identificación de miembro) a la farmacia para recibir ahorros instantáneos en el costo de su medicamento.



#### Si utiliza su seguro médico/principal para pagar su medicamento (y los costos de administración de su tratamiento si se le receta una infusión) a través de su médico o proveedor de tratamiento:

1. **Reciba su tratamiento:** Despues de recibir el tratamiento con TREMFYA®, su proveedor presentará una reclamación a su compañía de seguros. Segun su cobertura de seguro, es posible que se pague un copago o no al momento del tratamiento. Si debe pagar un copago, conserve el comprobante de pago y envíelo junto con su solicitud de reembolso

2. **Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB):** Usted y su proveedor recibirán una declaración de EOB de su compañía de seguro de salud

3. **Envíe su EOB (y comprobante de pago, si corresponde):** Usted es responsable de presentar los documentos requeridos al Programa de ahorros de TREMFYA withMe, o puede pedirle a su proveedor que los envíe en su nombre. Puede enviar sus documentos en línea en [Account.JNJwithMe.com](http://Account.JNJwithMe.com)

4. **Obtenga su reembolso:** El Programa de ahorros de TREMFYA withMe revisa su EOB (y comprobante de pago, si corresponde) y emite un reembolso para usted de una de las siguientes maneras, según los documentos requeridos presentados: a una Tarjeta de pago virtual que recibirá tras la aprobación de su solicitud de reembolso inicial o a través de un cheque si ha pagado en su totalidad con una forma de pago personal. El reembolso también puede emitirse a su proveedor si usted le ha asignado sus beneficios y su proveedor presenta los documentos requeridos

**NOTA:** Su Tarjeta de pago virtual puede utilizarse solo para los costos del tratamiento con TREMFYA®. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito. No hay ningún cargo por su tarjeta.

Lea la Información de prescripción completa y la Guía del medicamento para TREMFYA® y plantea las preguntas que tenga a su médico.

## Con una cuenta en línea, puede gestionar sus beneficios del Programa de ahorros



- Vea la información de su Programa de ahorros para reclamaciones de farmacia (número de BIN, número de Grupo, número de Identificación de miembro) y reclamaciones médicas
- Presente su EOB y comprobante de pago, si corresponde
- Revise, rastree y administre los pagos y ahorros disponibles del Programa de ahorros
- Inscríbase para recibir actualizaciones oportunas e información sobre TREMFYA®

Si por algún motivo su proveedor o farmacia no puede procesar sus solicitudes, llámenos al 833-WITHME1 (833-948-4631). Es posible que pueda enviar un [Formulario de reembolso](#) para recibir un cheque. Se requiere un comprobante de pago.

### Cómo enviar una solicitud de reembolso

Puede enviar su EOB en línea o por fax. Si desea recibir un cheque de reembolso pagadero a usted por correo, debe completar un [Formulario de reembolso](#) y proporcionar un comprobante de pago.



**Cuenta en línea:**  
[Account.JNJwithMe.com](http://Account.JNJwithMe.com)



**En línea:**  
[Account.JNJwithMe.com/submit-rebate](http://Account.JNJwithMe.com/submit-rebate)



**Fax:**  
833-512-0495

A petición suya, su proveedor también puede enviar solicitudes de reembolso al Programa de ahorros.

Confirme con su proveedor si usted o su proveedor enviarán solicitudes de reembolso al programa.

## Requisitos del Programa de ahorros

El Programa de ahorros de TREMFYA withMe proporciona dos tipos de apoyo para pacientes elegibles: Apoyo para costos de medicamentos y Apoyo para costos de administración del tratamiento.

• **El Apoyo para costos de medicamentos** puede ayudar a los pacientes elegibles a **pagar \$0 por dosis**. Se aplicará el beneficio máximo del programa por año calendario. Los términos caducan al final de cada año calendario. La oferta está sujeta a cambios o a finalización sin previo aviso. Pueden aplicarse restricciones, incluidos los máximos mensuales.

• **El Apoyo para costos de administración del tratamiento** puede ayudar a los pacientes elegibles a ahorrar en gastos de bolsillo para:

- Análisis de laboratorio requeridos según la información de prescripción del producto
- Infusión intravenosa del medicamento

Hay un beneficio máximo de \$2,000 por año calendario para el apoyo para costos de administración del tratamiento. El paciente o el proveedor de atención médica deben presentar una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) después de cada análisis de laboratorio o infusión al Programa de ahorros de TREMFYA withMe. Los términos caducan al final de cada año calendario. La oferta está sujeta a cambios o finalización sin previo aviso, incluidos los estados específicos. No válido para residentes de MA, MN o RI.

## Apoyo para costos de medicamentos

### ¿Soy elegible para recibir apoyo para costos de medicamentos?

Es posible que sea elegible para recibir Apoyo para costos de medicamentos a través del Programa de ahorros de TREMFYA withMe si le recetan TREMFYA® para una indicación aprobada por la FDA, utiliza un seguro médico comercial o privado para su TREMFYA® recetado y debe pagar un gasto de bolsillo para sus medicamentos. Participe sin compartir su información de ingresos.

Algunos planes de salud tienen programas o diseños de beneficios conocidos como "accumulators" o "maximizers". Estos programas desvían los fondos de asistencia al paciente de los pacientes.

- Los programas "accumulators" no permiten que la asistencia al paciente cuente para el deducible y el máximo de gastos de bolsillo del paciente hasta que se alcance el valor máximo de la asistencia al paciente.
- Los programas "maximizers" tampoco permiten que la asistencia al paciente cuente para el deducible y el máximo de gastos de bolsillo del paciente. Los programas "maximizers" aplican el valor total de la asistencia al paciente durante el año. Esto podría ser el mismo monto cada mes o un monto mayor a principios del año que se reduce gradualmente, sin permitir que ninguno de esos fondos cuente para el deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo del paciente.
- El Programa de ahorros de TREMFYA withMe está diseñado únicamente para el beneficio del paciente. Por lo tanto, Johnson & Johnson se reserva el derecho de reducir el beneficio máximo del Programa de ahorros de TREMFYA withMe para pacientes en un programa o diseño de beneficios "accumulator" o "maximizer", excepto donde lo prohíba la ley.

Además, algunos planes de salud tienen "programas maximizer de beneficios para la salud no esenciales" que entran en conflicto con los requisitos del Programa de ahorros de TREMFYA withMe.

- Estos programas o diseños de beneficios, como los servicios ofrecidos por SaveOnSP, clasifican ciertos medicamentos especializados como TREMFYA® como "no esenciales". Esto elimina las protecciones para los pacientes proporcionadas por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) relacionadas con los límites máximos de gastos de bolsillo.

(continúa en la página siguiente)

## Apoyo para costos de medicamentos (cont.)

### ¿Soy elegible para recibir Apoyo para costos de medicamentos? (cont.)

- El Programa de ahorros de TREMFYA withMe está diseñado únicamente para el beneficio del paciente. Si su compañía de seguro o plan de salud se asocia con SaveOnSP, entonces, excepto donde lo prohíba la ley, usted no será elegible para el Programa de ahorros de TREMFYA withMe y acepta no usarlo.
- Infórmeme a TREMFYA withMe si su compañía de seguro o plan de salud tiene uno de estos programas o diseños de beneficios, incluido SaveOnSP, llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631) para hablar sobre sus opciones. Dado que es posible que no sepa que está sujeto a uno de estos programas o diseños de beneficios al momento de inscribirse en TREMFYA withMe, J&J monitoreará su utilización.
- J&J se reserva el derecho de interrumpir el apoyo de costos si usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad.
- Si su plan de salud elimina TREMFYA® de su sociedad con SaveOnSP u otro programa "maximizer" de beneficios para la salud no esenciales, es posible que sea elegible para ser reincorporado en el Programa de ahorros de TREMFYA withMe.

Al utilizar este Programa de ahorros, usted acepta y acuerda cumplir con estos requisitos del programa. Cualquier persona o entidad que se inscriba o ayude en la inscripción de un paciente en el Programa de ahorros declara que el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad y otros requisitos descritos.

### Otros requisitos

- Este programa es solo para personas a las que se les receta TREMFYA® para una indicación aprobada por la FDA, que utilizan un seguro médico comercial o privado y que deben pagar un gasto de bolsillo para su TREMFYA® recetado. Esto incluye los planes del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Este programa no es para las personas que utilizan cualquier programa de atención de la salud financiado por el gobierno estatal o federal. Algunos ejemplos de estos programas son Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa y la Administración de Veteranos.
- Al inscribirse en este programa, usted acepta que este programa tiene como único objetivo el beneficio del paciente, es decir, su beneficio. No puede solicitar el pago del valor recibido 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.
- Debe cumplir los requisitos del Programa de ahorros cada vez que lo utilice.
- Los términos del programa caducan al final de cada año calendario. El programa puede cambiar o finalizar sin previo aviso, incluso en estados específicos.
- Los participantes del programa están sujetos a un beneficio máximo anual. Los beneficios del programa se establecen a discreción de J&J y pueden cambiar sin previo aviso.
- Los pacientes que estén sujetos a programas, planes de salud o beneficios que afirman **reducir** las obligaciones de copago, coseguro o deducible que los pacientes pagan de su bolsillo para ciertos medicamentos recetados en función de la disponibilidad o la inscripción del paciente en la asistencia de copago patrocinada por el fabricante para dichos medicamentos, estarán sujetos a un beneficio máximo anual reducido del programa por año calendario (no aplicable a los pacientes en Maine).
- Los pacientes que estén sujetos a programas, planes de salud o beneficios que afirman **eliminar** sus gastos de bolsillo no serán elegibles para el Programa de ahorros de TREMFYA withMe porque este programa es solo para personas que deben pagar gastos de bolsillo para TREMFYA®.
- Sin perjuicio de cualquier otro término de este programa, los pacientes que son miembros de planes de salud asociados con SaveOnSP, o que están sujetos a servicios administrados por SaveOnSP, no son elegibles para el Programa de ahorros de TREMFYA withMe. Si su plan de salud elimina TREMFYA® de su sociedad con SaveOnSP, es posible que sea elegible para el Programa de ahorros de TREMFYA withMe.
- Para utilizar este programa, debe cumplir todos los requisitos del plan de salud, incluido el de informar a su plan de salud la cantidad de apoyo de copagos que recibe de este programa, si es necesario. Al usar el Programa de ahorros, usted confirma que ha leído, comprendido y acepta los requisitos del programa que se muestran en esta página y que otorga su permiso para que la información relacionada con sus transacciones del Programa de ahorros se comparta con sus proveedores de atención médica. Estas transacciones incluyen las rebajas y los fondos depositados en la tarjeta o el saldo restante en la misma.
- Antes de que se inscriba en el programa, se le pedirá que proporcione información personal que puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico u otra información, incluida información relacionada con su seguro y tratamiento de medicamentos con receta. Esta información es necesaria para que Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. y nuestros proveedores de servicios lo inscriban en el Programa de ahorros de TREMFYA withMe. El uso de su información se regirá por nuestra [Política de privacidad](#).
- Si utiliza un seguro médico/principal para pagar su medicamento, debe enviar una solicitud de reembolso, con una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB), para recibir el pago conforme al Programa de ahorros. Con su permiso, su proveedor puede presentar la solicitud de reembolso y la EOB por usted. Al enviar una EOB en nombre de un paciente, el proveedor de atención médica certifica que ha sido autorizado por el paciente para recibir directamente el pago por el valor correspondiente a la reclamación médica presentada. Las solicitudes de reembolso se deben enviar en un plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio.
- Esta oferta del programa no puede usarse con ningún otro cupón, descuento, tarjeta de ahorros para medicamentos con receta, prueba gratuita u otra oferta. Oferta solo válida en los Estados Unidos y sus territorios. Nula donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley.

Puede dar por finalizada su participación en TREMFYA withMe en cualquier momento llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631).

(continúa en la página siguiente)

## Apoyo para costos de administración del tratamiento

### ¿Soy elegible para recibir apoyo para Costos de administración del tratamiento?

Es posible que sea elegible para recibir Apoyo para costos de administración del tratamiento a través del Programa de ahorros de TREMFYA withMe si se le recetan TREMFYA® para una indicación aprobada por la FDA, utiliza un seguro médico comercial o privado para TREMFYA® y debe pagar un gasto de bolsillo por los análisis de laboratorio elegibles o la administración de la infusión de TREMFYA®. Participe sin compartir su información de ingresos.

Al utilizar este Programa de ahorros, usted acepta y acuerda cumplir con estos requisitos del programa. Cualquier persona o entidad que se inscriba o ayude en la inscripción de un paciente en el Programa de ahorros declara que el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad y otros requisitos descritos.

### Otros requisitos

- Este programa es solo para personas a las que se les receta TREMFYA® para una indicación aprobada por la FDA, que utilizan un seguro médico comercial o privado y que deben pagar un gasto de bolsillo para su tratamiento con TREMFYA®. Esto incluye los planes del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Este programa no es para las personas que utilizan cualquier programa de atención de la salud financiado por el gobierno estatal o federal. Algunos ejemplos de estos programas son Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa y la Administración de Veteranos.
- Al inscribirse en este programa, usted acepta que este programa tiene como único objetivo el beneficio del paciente, es decir, su beneficio. No puede solicitar el pago del valor recibido 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.
- Debe cumplir los requisitos del Programa de ahorros cada vez que lo utilice.
- Los términos del programa caducan al final de cada año calendario. El programa puede cambiar o finalizar sin previo aviso, incluso en estados específicos. El Apoyo para costos de administración del tratamiento no es válido para residentes de MA, MN o RI.
- Para utilizar este Apoyo para costos de administración del tratamiento, debe cumplir todos los requisitos del plan de salud, incluido el de informar a su plan de salud la cantidad de apoyo de copagos que recibe de este programa, si es necesario. Al usar el Programa de ahorros, usted confirma que ha leído, comprendido y acepta los requisitos del programa que se muestran en esta página y que otorga su permiso para que la información relacionada con sus transacciones del Programa de ahorros se comparta con sus proveedores de atención médica. Estas transacciones incluyen las rebajas y los fondos depositados en la tarjeta o el saldo restante en la misma.
- Antes de que se inscriba en el programa, se le pedirá que proporcione información personal que puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico u otra información, incluida información relacionada con su seguro y tratamiento de medicamentos con receta. Esta información es necesaria para que Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. y nuestros proveedores de servicios lo inscriban en el Programa de ahorros de TREMFYA withMe. El uso de su información se regirá por nuestra [Política de privacidad](#).
- Esta oferta del programa no puede usarse con ningún otro cupón, descuento, tarjeta de ahorros para medicamentos con receta, prueba gratuita u otra oferta. Oferta válida solo en los Estados Unidos y sus territorios, sin incluir los estados mencionados anteriormente. Nula donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley.

Puede dar por finalizada su participación en TREMFYA withMe en cualquier momento llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631).

Comience en [TREMFYA.com/signup](http://TREMFYA.com/signup)



¿Necesita  
ayuda?

Llame al **833-WITHME1 (833-948-4631)**  
De lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 11:00 P.M. hora del este  
Visite [JNJwithMe.com/Tremfya](http://JNJwithMe.com/Tremfya)

El apoyo y los recursos que brinda TREMFYA withMe no tienen el objetivo de proporcionar asesoramiento médico, reemplazar un plan de tratamiento que reciba de su médico o personal de enfermería, ni de servir como motivo para que usted empiece o continúe el tratamiento.

Lea la [Información de prescripción](#) completa y la [Guía del medicamento](#) para TREMFYA® y plantee las preguntas que tenga a su médico.