



Formulario de reembolso de beneficios médicos

Complete este lado del formulario solo si presenta una **Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)** para que se envíe un cheque de reembolso **directamente al paciente**.

Reciba un reembolso en 4 pasos sencillos

- 1 El paciente debe estar inscrito en el Programa de ahorros TREMFYA withMe antes de recibir TREMFYA®. Usted o el paciente pueden realizar la inscripción llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631) o en línea en Account.JNJwithMe.com.
- 2 El paciente o su representante legalmente autorizado deben completar la información siguiente y firmar el formulario.
- 3 Incluya una copia de los siguientes documentos:
 - Explicación de beneficios (EOB) del proveedor de seguro primario del paciente (así como de cualquier proveedor de seguro secundario, si corresponde);
 - Recibo del proveedor del tratamiento que indique un comprobante de pago de los gastos de bolsillo de TREMFYA®. Un recibo válido incluirá el nombre del paciente, el medicamento (nombre, código J o n.º NDC), la fecha y el monto de la responsabilidad de bolsillo pagada por 1) el medicamento del paciente y 2) si se le ha recetado una infusión de TREMFYA®, la administración y los análisis de laboratorio elegibles.
 Si el paciente no tiene un comprobante de pago por la reclamación presentada, el paciente debe obtener la firma del representante del centro a continuación.
- 4 Envíe este formulario en línea o por fax junto con la EOB y el comprobante de pago (consulte a continuación para obtener detalles). El paciente solo debe enviar este formulario en línea si se requiere la firma del representante del centro como comprobante de pago. Los pacientes elegibles recibirán un cheque de reembolso en tres semanas, aproximadamente. Las solicitudes de reembolso se deben enviar en un plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio.

Si presenta un **recibo de farmacia** y desea recibir un **cheque de reembolso**, solo complete el formulario de reembolso de beneficios de farmacia en la página siguiente.

Complete la información a continuación. *Requerido

La información que proporcione solo será utilizada por Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., nuestras filiales y nuestros proveedores de servicios para proporcionar beneficios al paciente relacionados con su participación en el Programa de ahorros TREMFYA withMe. Si desea dejar de recibir esta información o este servicio, puede retirarse del programa llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631). Nuestra **Política de privacidad** rige el uso de la información que usted proporciona. Al participar en el Programa de ahorros TREMFYA withMe, usted otorga su permiso para que la información relacionada con sus transacciones del Programa de ahorros, incluidos los reembolsos y cualquier fondo colocado o saldo restante en la tarjeta del Programa de ahorros, se comparta con sus proveedores de atención médica.

Al dar su consentimiento, acepta la recopilación y el uso de su información personal confidencial (Sensitive Personal Information, SPI) o la del paciente. Los ejemplos de SPI pueden incluir, entre otros, información relacionada con la salud. Usamos esta información de acuerdo con nuestra Política de privacidad, incluso para personalizar la información que recibe, cumplir con cualquier solicitud que envíe, e investigar, desarrollar y mejorar nuestros productos y servicios. Al marcar la casilla, indica que leyó, comprendió y acepta dicha recopilación y el uso de su SPI/la SPI del paciente.

*Nombre	Correo electrónico	*Teléfono
		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

*El número de identificación de reclamaciones médicas se encuentra en el frente de la tarjeta de ahorros *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

*Dirección	*Ciudad	*Estado	*Código postal
------------	---------	---------	----------------

Este programa es solo para personas a quienes se recete TREMFYA® por indicación aprobada de la FDA, que utilicen un seguro médico comercial o privado y que deban pagar un gasto de bolsillo por su medicamento TREMFYA® y la administración y los análisis de laboratorio elegibles si se les ha recetado una infusión de TREMFYA®. Esto incluye los planes del Mercado de Seguros Médicos. Este programa no es para las personas que utilizan cualquier programa de atención médica 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. 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 o cuenta de ahorros para la atención de la salud.

Usted/el paciente debe cumplir los requisitos del Programa de ahorros cada vez que lo use. 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. Los participantes del programa están sujetos a un beneficio máximo anual. Los beneficios del programa se establecen a discreción de Johnson & Johnson y pueden cambiar sin previo aviso.

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 apoyos de copagos que usted/el paciente 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 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/los proveedores de atención médica del paciente. Estas transacciones incluyen las rebajas y los fondos depositados en la tarjeta o el saldo restante en la misma. 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. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMPRAR, TRANSFERIR NI VENDER. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO PUEDE COMBINARSE CON NINGUNA OTRA OFERTA, DESCUENTO, TARJETA DE AHORROS EN RECETAS O PRUEBA GRATUITA. El uso de este programa está sujeto a los requisitos del programa, que pueden encontrarse en TREMFYAwithMeSavings.com.

Al firmar, fechar y enviar este formulario, confirma que el paciente:

- se ha inscrito en el Programa de ahorros TREMFYA withMe y ha recibido la tarjeta de ahorros. Nota: TREMFYA withMe no puede procesar este formulario de reembolso si aún no ha recibido su tarjeta del Programa de ahorros; y
- cumple con los requisitos del Programa de ahorros, que también se puede encontrar en TREMFYAwithMeSavings.com

*Firma del paciente (si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar a continuación)	Nombre del paciente (en letra de imprenta)	*Fecha
--	--	--------

Firma del representante legalmente autorizado	Nombre del representante (en letra de imprenta)	Fecha
---	---	-------

Relación con el paciente y autoridad para tomar decisiones médicas por el paciente

Se requiere la firma del representante del centro SOLO si no se proporciona un comprobante de pago con la solicitud de reembolso. Al firmar a continuación, usted confirma que el paciente ha pagado sus gastos de bolsillo por los medicamentos y que fue tratado con TREMFYA® (J1628) en la fecha que se indica a continuación.

*Firma del representante del centro	*Representante del centro (en letra de imprenta)	*Fecha
-------------------------------------	--	--------

*Nombre del centro de tratamiento/Ubicación	*Fecha del tratamiento
---	------------------------

Puede realizar
el envío en
línea o por fax:



Cuenta en línea:
Account.JNJwithMe.com



En línea:
Account.JNJwithMe.com/submit-rebate



Fax:
833-512-0495

Recibirá su cheque
de reembolso en
tres semanas,
aproximadamente.

Lea la **Información de prescripción completa** y la **Guía del medicamento de TREMFYA®** y consulte cualquier pregunta que tenga con su médico.



Formulario de reembolso de beneficios de farmacia

Complete este lado del formulario solo si está enviando un **recibo de farmacia** para que se envíe un cheque de reembolso **directamente al paciente**.

Reciba un reembolso en 4 pasos sencillos

- 1 El paciente debe estar inscrito en el Programa de ahorros TREMFYÀ withMe antes de recibir TREMFYÀ®. Usted o el paciente pueden realizar la inscripción llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631) o en línea en [Account.JNJwithMe.com](#).
- 2 El paciente o su representante legalmente autorizado deben completar la información siguiente y firmar el formulario.
- 3 Incluya una copia del recibo de la farmacia. El recibo válido incluirá el nombre del paciente, el medicamento (nombre, código J o n.º NDC), la fecha y el monto pagado por el medicamento de TREMFYÀ® del paciente.
Si el recibo del paciente incluye un número de receta, pero no incluye TREMFYÀ®, también incluya una copia de la ficha técnica de la receta del paciente de la caja del medicamento.
- 4 Presente una solicitud de reembolso en línea o por fax junto con el recibo de la farmacia del paciente y, si es necesario, la etiqueta de la receta de la caja del medicamento (consulte a continuación para obtener detalles). No se requiere un formulario de reembolso completado si se envía una solicitud de reembolso en línea. Los pacientes elegibles recibirán un cheque de reembolso en tres semanas, aproximadamente. Las solicitudes de reembolso se deben enviar en un plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio.

Si presenta una **Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)** y desea recibir un cheque de reembolso, solo complete el formulario de reembolso de beneficios médicos que se encuentra en la página anterior.

Complete la información a continuación. *Requerido

La información que proporcione solo será utilizada por Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., nuestras filiales y nuestros proveedores de servicios para proporcionar beneficios al paciente relacionados con su participación en el Programa de ahorros TREMFYÀ withMe. Si desea dejar de recibir esta información o este servicio, puede retirarse del programa llamando al 833-WITHME1 (833-948-4631). Nuestra **Política de privacidad** rige el uso de la información que usted proporciona. Al participar en el Programa de ahorros TREMFYÀ withMe, usted otorga su permiso para que la información relacionada con sus transacciones del Programa de ahorros, incluidos los reembolsos y cualquier fondo colocado o saldo restante en la tarjeta del Programa de ahorros, se comparta con sus proveedores de atención médica.

Al dar su consentimiento, acepta la recopilación y el uso de su información personal confidencial (Sensitive Personal Information, SPI) o la del paciente. Los ejemplos de SPI pueden incluir, entre otros, información relacionada con su salud. Usamos esta información de acuerdo con nuestra Política de privacidad, incluso para personalizar la información que recibe, cumplir con cualquier solicitud que envíe, e investigar, desarrollar y mejorar nuestros productos y servicios. Al marcar la casilla, indica que leyó, comprendió y acepta dicha recopilación y el uso de su SPI/la SPI del paciente.

*Nombre

Correo electrónico

*Teléfono

*El número de identificación de reclamaciones de farmacia se encuentra en el frente de la tarjeta de ahorros

*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo Masculino Femenino

*Dirección

*Ciudad

*Estado

*Código postal

Este programa es solo para personas a quienes se recete TREMFYÀ® por indicación aprobada de la FDA, que utilicen un seguro médico comercial o privado y que deban pagar un gasto de bolsillo por su medicamento TREMFYÀ® y la administración y los análisis de laboratorio elegibles si se les ha recetado una infusión de TREMFYÀ®. Esto incluye los planes del Mercado de Seguros Médicos. Este programa no es para las personas que utilizan cualquier programa de atención médica 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. 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 o cuenta de ahorros para la atención de la salud.

Usted/el paciente debe cumplir los requisitos del Programa de ahorros cada vez que lo use. 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. Los participantes del programa están sujetos a un beneficio máximo anual. Los beneficios del programa se establecen a discreción de Johnson & Johnson y pueden cambiar sin previo aviso.

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 usted/el paciente 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 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/los proveedores de atención médica del paciente. Estas transacciones incluyen las rebajas y los fondos depositados en la tarjeta o el saldo restante en la misma. 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. **EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMPRAR, TRANSFERIR NI VENDER. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO PUEDE COMBINARSE CON NINGUNA OTRA OFERTA, DESCUENTO, TARJETA DE AHORROS EN RECETAS O PRUEBA GRATUITA.** El uso de este programa está sujeto a los requisitos del programa, que pueden encontrarse en [TREMFYAwithMeSavings.com](#).

Al firmar, fechar y enviar este formulario, confirma que el paciente:

- se ha inscrito en el Programa de ahorros TREMFYÀ withMe y ha recibido la tarjeta de ahorros. Nota: TREMFYÀ withMe no puede procesar este formulario de reembolso si aún no ha recibido su tarjeta del Programa de ahorros; y
- cumple con los requisitos del Programa de ahorros, que también se puede encontrar en [TREMFYAwithMeSavings.com](#)

*Firma del paciente (si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar a continuación)

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

*Fecha

Firma del representante legalmente autorizado

Nombre del representante (en letra de imprenta)

Fecha

La relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas por el paciente

Puede realizar
el envío en
línea o por fax:



Cuenta en línea:
[Account.JNJwithMe.com](#)



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

No se requiere un formulario de reembolso completado si se envía una solicitud de reembolso en línea.



Fax:
833-512-0495

Recibirá su cheque
de reembolso en
tres semanas,
aproximadamente.

Lea la Información de prescripción completa y la Guía del medicamento de TREMFYÀ® y consulte cualquier pregunta que tenga con su médico.