

# Formulario de Reembolso

Presente este formulario si su farmacia no puede procesar su tarjeta del Programa de Ahorros de Janssen CarePath.



## PASO 1

Debe estar inscrito en el Programa de Ahorros de Janssen CarePath. Para inscribirse, envíe un mensaje de texto con la palabra “SAVINGS” al 56011 (pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos\*) o en línea en [MyJanssenCarePath.com/Express](https://www.MyJanssenCarePath.com/Express).

## PASO 2

Use su tarjeta para completar la información en la página siguiente. Firme el formulario.

## PASO 3

Incluya una copia del recibo de la farmacia. Para que tenga validez, el recibo deberá incluir su nombre, medicamento, fecha y la cantidad pagada por su medicamento TREMFYA<sup>®</sup>. Si su recibo incluye un número de receta, pero no incluye el nombre del medicamento, también incluya una copia de la etiqueta de la receta de la caja del medicamento.

## PASO 4

Envíe por correo este formulario firmado junto con su recibo de farmacia y la etiqueta de la receta de la caja del medicamento, si es necesario, a la dirección que figura en la página siguiente o envíelo en línea en [MyJanssenCarePath.com](https://www.MyJanssenCarePath.com). Los pacientes elegibles recibirán un cheque de reembolso.

\*Consulte [Términos](#) y [Política de privacidad](#).

Lea la [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía del Medicamento](#) para TREMFYA<sup>®</sup>, y analice cualquier pregunta que tenga con su médico.

# Formulario de Reembolso

## TREMFYA® (guselkumab)

Lea las instrucciones en el reverso, luego complete la información a continuación.

La información que usted proporcione solo será utilizada por Janssen Biotech, Inc., el fabricante de TREMFYA®, nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios, para proporcionarle beneficios relacionados con la activación y el uso de su tarjeta del Programa de Ahorros de Janssen CarePath. Si desea dejar de recibir esta información o servicio, puede retirarse del programa llamando al 877-CarePath (877-227-3728). Nuestra [Política de Privacidad](#) rige el uso de la información que usted proporciona.

### \*Obligatorio

\*Nombre

\*Sexo  M  F

\*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

\*Dirección

\*Ciudad

\*Estado

\*Código postal

\*Dirección de correo electrónico

\*Teléfono

\*N.º de ID del Programa de Ahorros de 11 dígitos que figura en el frente de la tarjeta

**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 médica.**

**Este programa es solo para personas de 18 años o más que utilicen un seguro médico comercial o privado para sus medicamentos Janssen. Esto incluye los planes del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace).** Este programa no es para las personas que utilizan cualquier programa de asistencia sanitaria 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.

**Debe cumplir los requisitos del programa cada vez que utilice la tarjeta.** 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 pacientes afiliados a planes de salud (a menudo denominados planes "maximizadores") que afirman **reducir** los gastos de bolsillo de sus pacientes tendrán una prestación máxima del programa reducida de \$6,000 por año natural. Los gastos de bolsillo pueden ser el copago, el coseguro o el deducible. Los pacientes afiliados a planes de salud que afirman **eliminar** sus gastos de bolsillo no son elegibles para el apoyo de costos. Si se ha inscrito en uno de estos planes, informe a Janssen CarePath al 877-CarePath (877-227-3728).

**Para utilizar este programa, debe cumplir todos los requisitos del plan de salud, incluido el de informar a su plan de salud de la cantidad de apoyo de copagos que recibe de este programa. Al usar una tarjeta del 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 su(s) proveedor(es) de atención de salud. Estas transacciones incluyen las rebajas y los fondos depositados en la tarjeta o el saldo restante en la misma.** Oferta solo válida en los Estados Unidos y sus territorios. Nula donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. EL FORMULARIO DE DESCUENTO 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 esta tarjeta está sujeto a los requisitos del programa, que pueden encontrarse en el folleto del Programa de Ahorros de Janssen CarePath.

Al firmar, fechar y enviar este formulario, usted confirma que **ya se inscribió en el Programa de Ahorros de Janssen CarePath y que recibió su tarjeta de ahorros. Janssen CarePath no puede procesar este formulario de reembolso si usted no ha completado este proceso.** Además, usted indica que leyó, comprendió, aceptó y cumplió con los términos y condiciones de este formulario, así como con los requisitos del programa que le fueron explicados cuando recibió la tarjeta, los cuales también se detallan en el folleto del Programa de Ahorros de Janssen CarePath.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Firma	*Fecha

¿Preguntas? Llame al 877-CarePath (877-227-3728), de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del Este

**Dirección para envío postal:** Janssen CarePath Savings Program  
2250 Perimeter Park Drive, Suite 300  
Morrisville, NC 27560

**Recibirá su cheque de reembolso en aproximadamente tres semanas.**

**Lea la [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía del Medicamento](#) para TREMFYA®, y analice cualquier pregunta que tenga con su médico.**