

Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un Acuerdo del Asociado Comercial o Formulario de Autorización del Paciente firmados, que se pueden encontrar en JanssenCarePath.com o en las 2 últimas páginas de este documento.

La información que proporcione será utilizada por Janssen Biotech, Inc., nuestros afiliados y nuestros proveedores de servicios para la inscripción y participación de su paciente en Janssen CarePath. Nuestra [Política de Privacidad](#) rige el uso de la información que usted proporciona. Al enviar este formulario, usted indica que ha leído, entendido y aceptado estos términos.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDO)

NOMBRE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO ALTERNATIVO _____
NÚMERO PREFERIDO PARA LLAMAR CELULAR ALTERNATIVO MEJOR MOMENTO PARA COMUNICARSE Mañana Tarde Noche

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (REQUERIDO. Complete esta sección en su totalidad.)

SEGURO MÉDICO PRIMARIO _____
TITULAR DE TARJETA _____ TELÉFONO _____
N.º DE GRUPO _____ N.º DE PÓLIZA _____
BENEFICIO DE FARMACIA O SEGURO SECUNDARIO _____
TITULAR DE TARJETA _____ TELÉFONO _____
N.º DE GRUPO _____ N.º DE PÓLIZA _____

3. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUERIDO. La información solicitada es solo para fines de investigación de beneficios. Visite JanssenCarePath.com para los códigos ICD-10 o consulte el libro de códigos ICD-10 para información adicional.)

DIAGNÓSTICO PRIMARIO: Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Artritis Psoriásica
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Artritis Psoriásica
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____
MEDICAMENTOS ANTERIORES (REQUERIDO PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PREVIA)
 Acetaminofeno, ibuprofeno, naproxeno sódico o cualquier otro analgésico de venta libre Actemra[®]
 Antiinflamatorio no esteroide (AINE) recetado Azatioprina Ciclofosfamida Ciclosporina
 Cimzia[®] Corticoesteroides Enbrel[®] Hidroxicloroquina Humira[®]
 Kineret[®] Leflunomida Metotrexato Orencia[®] Penicilamina
 Rituxan[®] Skyrizi[®] Otro _____

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDO)

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

Consulte [Información de Prescripción](#) completa, que incluye las Advertencias en el recuadro y la [Guía del Medicamento](#) para SIMPONI[®]. Proporcione la Guía del Medicamento a sus pacientes y anímelos a la discusión.

5. PRESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PRUEBA SO SIMPLE

DOSIS INICIAL: 1 autoinyector de uso único, 50 mg/0.5 mL SC en el Mes 0 **ENVIAR DOSIS INICIAL A:** Consultorio del médico que receta
 1 jeringa precargada de uso único, 50 mg/0.5 mL SC en el Mes 0 Paciente

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) PARA VALIDAR LA RECETA: Certifico que la terapia con SIMPONI[®] es médicamente necesaria para este paciente. En consecuencia, estaré supervisando el tratamiento del paciente, y he revisado la Información de Prescripción completa actual de SIMPONI[®]. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre para los propósitos limitados de transmitir esta prescripción a Wegmans Pharmacy. También indico que deseo inscribir al paciente en el Programa de Prueba So Simple. Entiendo que Wegmans Pharmacy se comunicará con el paciente, en nombre de Janssen CarePath, para comenzar la terapia y programar el envío de su medicamento.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (Entregar tal como se prescribe) _____ FECHA _____

6. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (Si solo se solicita la investigación de beneficios, no complete esta sección. La prescripción solo es válida si se recibe por fax. Si no es así, se debe enviar en un formulario en blanco específico del estado, si corresponde para su estado.)

Instrucciones para la receta de SIMPONI[®]: 1 autoinyector de uso único, 50 mg/0.5 mL SC una vez al mes
 1 jeringa precargada de uso único, 50 mg/0.5 mL SC una vez al mes N.º de reposiciones _____

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) PARA VALIDAR LA RECETA: Certifico que la terapia con SIMPONI[®] es médicamente necesaria para este paciente. En consecuencia, estaré supervisando el tratamiento del paciente, y he revisado la Información de Prescripción completa actual de SIMPONI[®]. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre para los propósitos limitados de transmitir esta prescripción a la farmacia adecuada designada por mí, el paciente o el plan del paciente.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (Entregar tal como se prescribe) _____ FECHA _____

7. PROGRAMA JANSSEN LINK

Quando la cobertura del seguro comercial se retrasa >5 días laborables o se deniega, Janssen Link ofrece a los pacientes elegibles SIMPONI[®] sin costo alguno hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Consulte los requisitos del programa en la página siguiente. Al inscribir a los pacientes en Janssen Link, certifico que estoy de acuerdo con los requisitos del programa y que tomaré las medidas necesarias descritas en los requisitos para mi paciente.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) _____ FECHA _____

8. AUTORIZACIÓN PREVIA

Asistencia con el Formulario de Autorización Previa y Supervisión del Estado: Janssen CarePath ayuda a su consultorio para proporcionar los requisitos del plan médico del paciente relacionados con la autorización previa para tratamiento con SIMPONI[®]. La asistencia incluye obtener el formulario de autorización previa específico del plan médico y proporcionarlo según la información específica del paciente suministrada en este formulario. El formulario de autorización previa parcialmente completado se proporcionará a su consultorio para completarse y enviarse a exclusivo criterio del consultorio. Janssen CarePath también supervisa activamente el estado del envío de la autorización previa al plan del paciente y proporciona actualizaciones del estado a su consultorio con respecto a la autorización previa de este paciente para tratamiento con SIMPONI[®].

- NO deseo recibir asistencia con el Formulario de Autorización Previa o la Supervisión del Estado. Esta exclusión voluntaria no se aplica si está solicitando que el paciente se inscriba en Janssen Link.
 La Autorización Previa ya está en archivo con el plan del paciente para tratamiento con SIMPONI[®].

9. FARMACIA ESPECIALIZADA DE PREFERENCIA (El proveedor marcará una casilla a continuación.)

Como médico a cargo de la atención, he analizado con este paciente la preferencia en cuanto a la farmacia especializada (Specialty Pharmacy, SP). Este paciente prefiere usar la SP indicada a continuación. Autorizo a Janssen Biotech, Inc. y a sus representantes a enviar esta receta por fax a: **1.** La SP designada según lo marcado a continuación, siempre que esté aprobada por el plan de este paciente. **2.** Si la SP designada no es una SP aprobada por el plan, entonces a una SP aprobada por el plan de este paciente. **3.** Si no hay una SP de preferencia indicada, entonces a cualquier SP aprobada por el plan de este paciente.

- Absolute Pharmacy Care Alivia Health Axiom Healthcare Puerto Rico CVS Caremark
 Optima Health Special Care Pharmacy Services SPS Pharmacy Services Walgreens Specialty Pharmacy
 Otra _____

Los proveedores de servicios para Janssen CarePath proporcionan la información sobre la cobertura del seguro de su paciente, las opciones de apoyo a los costos y el apoyo al tratamiento. La información que usted obtiene no requiere que usted o su paciente utilicen ningún producto de Janssen. Debido a que la información que le damos proviene de fuentes externas, Janssen CarePath no puede prometer que la información sea completa. Janssen CarePath no es para los pacientes de la Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation.

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

Requisitos del programa Janssen Link

Para ser elegible, el paciente debe cumplir con lo siguiente:

1. una receta de SIMPONI® para una indicación aprobada por la FDA en la etiqueta;
2. un seguro comercial con cobertura de productos biológicos;
3. un retraso de más de 5 días hábiles o una denegación de 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 inscripción en el programa*;
5. un formulario de determinación de cobertura (es decir, autorización previa o autorización previa con excepción) al seguro comercial. Si se deniega la cobertura, el médico que receta debe presentar también una carta de excepción al formulario, una carta de necesidad médica o apelación dentro de los 90 días de que el paciente sea elegible para permanecer en el programa.

El paciente no es elegible si sucede lo siguiente:

1. el paciente utiliza cualquier programa de asistencia sanitaria financiado por el gobierno estatal o federal 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 deniega la autorización previa debido a que falta información en el formulario de determinación de la cobertura, el uso para una indicación no aprobada por la FDA o una justificación clínica no válida.

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

El programa solo cubre el costo de la terapia, pero no los costos de administración asociados. El médico que receta no puede facturar el plan de seguro comercial por ninguna parte del tratamiento subcutáneo prescrito. El paciente no puede presentar el valor del producto gratuito como reclamo de pago a ningún plan de salud. El programa solo es válido en los Estados Unidos y sus territorios. Es nulo donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. Las condiciones del programa pueden cambiar.

Los médicos que recetan participantes autorizan a Janssen CarePath a lo siguiente:

1. realizar una investigación de beneficios y confirmar los requisitos de autorización previa;
2. proporcionar asistencia para los formularios de autorización previa y supervisar el estado, incluidos los procesos de excepciones y procesos de apelación;
3. remitir a los pacientes elegibles a Wegmans Specialty Pharmacy para un mayor apoyo al programa y el envío del medicamento;
4. apoyar la transición de los pacientes al producto comercial si el medicamento está cubierto;
5. comprobar el estado de la cobertura del seguro durante el programa.

*Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un Acuerdo de Asociado Comercial o una Autorización del Paciente. Acuerdo de Asociado Comercial o Autorización del Paciente en el archivo. La Autorización del Paciente puede encontrarse en este formulario o el paciente puede crear una cuenta en [MyJanssenCarePath.com](https://www.MyJanssenCarePath.com) y firmar electrónicamente una Autorización del Paciente allí.

Programa de Apoyo al Paciente de Janssen Formulario de Autorización del Paciente

Los pacientes deben leer la Autorización del Paciente, marcar las casillas de permiso deseadas y devolver ambas páginas del Formulario al Programa de Apoyo al Paciente de Janssen.

- Descargue una copia, imprímala, marque las casillas deseadas y firme. Su proveedor de atención médica puede escanear el Formulario completado y cargarlo en el Portal del Proveedor, o puede enviarlo por fax al 855-224-5072 o por correo postal a Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560

Nombre del paciente: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Doy 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, tal como 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.

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) o clase de persona(s) a recibir y utilizar mi Información Médica Protegida (colectivamente “Janssen”):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes;
- los proveedores de otras fuentes de fondos, incluidas las fundaciones y los proveedores de asistencia de copago;
- los proveedores de servicios para los Programas de Apoyo al Paciente, incluidos los subcontratistas o los proveedores de atención médica que ayudan a Janssen a ejecutar los programas;
- los proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan señales de 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 el fin de:

- determinar si califico, inscribirme, comunicarse conmigo y brindarme servicios relacionados con los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen, incluidos los servicios a domicilio;
- manejar los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen;
- darme materiales educativos y adherencia, 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 mi medicamento 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 han recetado medicamentos de Janssen;
- compartir y dar acceso a la información creada por los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen que puedan ser útiles para mi atención médica.

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

- mis Aseguradoras;
- mis Proveedores de atención médica;
- cualquiera de las personas a las que les he dado permiso para recibir y utilizar mi Información Médica Protegida como se ha mencionado anteriormente;
- cualquier persona a la que doy permiso como contacto adicional.

Janssen y los demás destinatarios de los datos mencionados 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 razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información, pero una vez que mi Información Médica Protegida se divulgue tal como se permite en este Formulario, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato de mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras para conmigo.

Programa de Apoyo al Paciente de Janssen Formulario de Autorización del Paciente

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 podrá pagar a mis Proveedores de atención médica por compartir mi Información Médica Protegida con Janssen, 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 podrá seguir utilizándose para los fines establecidos en este Formulario.

Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga este Formulario en cualquier momento comunicándolo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560.

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.

Entiendo además que si cancelo mi permiso, no afectará la forma en que Janssen utiliza y comparte mi Información Médica Protegida recibida por Janssen antes de mi cancelación.

Comprendo que podré 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 el sitio web <https://www.janssen.com/us/privacy-policy#california>

Permiso para comunicaciones por mensaje 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 móvil que aparece a continuación. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar 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 móvil: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente aquí: _____ Fecha: _____

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

Por: _____ Fecha: _____

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

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

