

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 acepta estos términos.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDO)

NOMBRE (Nombre, inicial, apellido) _____ SEXO M F

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ FECHA DE NAC. (DD/MM/AAAA) _____

TELÉFONO PRINCIPAL (mejor número para llamar de 8:00 A. M. a 5:00 P. M.) _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (REQUERIDO. Incluir prefijo alfa y sufijo con el número de póliza y grupo, cuando corresponda, o proporcionar una copia de las tarjetas del seguro.)

SEGURO MÉDICO _____

TITULAR DE LA TARJETA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____

SEGURO DE FARMACIA _____ N.º DE PCN _____

TITULAR DE LA TARJETA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ID de la receta _____ N.º BIN de la receta _____ N.º DE GRUPO _____

SEGURO SECUNDARIO _____ TITULAR DE LA TARJETA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____

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

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: PSORIASIS L40.0 (Psoriasis vulgaris) Otro código ICD-10 _____

ARTRITIS PSORIÁSICA L40.50 (Psoriasis artropático, no especificado) Otro código ICD-10 _____

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: CÓDIGO ICD-10 _____

FECHA DE LA PRUEBA DE TB _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO O AÑOS CON LA ENFERMEDAD _____

PESO DEL PACIENTE _____ lb _____ kg % DE BSA AFECTADO _____

MEDICAMENTOS ANTERIORES (REQUERIDO PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PREVIA)

Arava® Ciclosporina Corticosteroides Cosentyx® Enbrel® Fototerapia Humira® Metotrexato

Otezla® Skyriz® Soriatane® Taltz® Tremfya® Xeljanz® Ninguno Otro _____

4. INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS

Deseo solicitar la investigación de beneficios solamente para STELARA® en este momento jeringa precargada de uso único de 45 mg jeringa precargada de uso único de 90 mg

Deseo solicitar una investigación de beneficios solamente para STELARA® en frasco de dosis única de 45 mg 1 frasco 2 frascos

CENTRO DE ATENCIÓN

Consultorio del médico que receta Consultorio/Centro de infusión del médico que no receta

Paciente ambulatorio del hospital Otros _____

NOMBRE DEL MÉDICO O PROVEEDOR DE INFUSIONES _____

PRÁCTICA/NOMBRE DE LA INSTALACIÓN _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____ NOMBRE DE CONTACTO _____

N.º DE PROVEEDOR DE SEGURO _____ N.º DE TAX ID _____

5. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDO)

NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECETA (Nombre, apellido) _____

NOMBRE DE LA PRÁCTICA _____ CONTACTO DEL CONSULTORIO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____ N.º DE TAX ID _____

N.º DE PROVEEDOR DE MEDICARE/MEDICAID _____ N.º DE NPI _____

6. PRESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PRUEBA SO SIMPLE: OFERTA SOLO PARA FRASCO DE 45 MG

Dosis de prueba para pacientes pediátricos (de 6 a 17 años) que pesen menos de 60 kg: un frasco de 45 mg; 0.75 mg/kg SC en la semana 0

ENVIAR DOSIS INICIAL AL SIGUIENTE: Consultorio del médico que receta Paciente

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA PARA VALIDAR LA RECETA: Certifico que la terapia con STELARA® es médicamente necesario para este paciente. En consecuencia, estaré supervisando el tratamiento del paciente, y he revisado la Información de Prescripción completa actual de STELARA®. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre para los propósitos limitados de transmitir esta receta 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 (NO SE PERMITEN SELLOS) _____ **FECHA** _____

7. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (Si solicita la investigación de los beneficios solamente, no complete esta sección. La receta solo es válida si se recibió por fax. Si no se envió por fax, la receta debe enviarse con la información específica del estado en blanco, si corresponde para su estado.)

INSTRUCCIONES para la receta (seleccione todas las que correspondan)

FRASCO DE 45 mg DE DOSIS INICIAL para la psoriasis en placas (6-17 años) con un peso inferior a 60 kg

FRASCO DE 45 mg DE TERAPIA DE MANTENIMIENTO para la psoriasis en placas (6-17 años) con un peso inferior a 60 kg

Si se selecciona el Programa de Prueba So Simple anteriormente:

frasco de 45 mg de dosis única; 0.75 mg/kg SC en la semana 4

frasco de 45 mg de dosis única; 0.75 mg/kg SC en la semana 0 y en la semana 4

frasco de 45 mg de dosis única; 0.75 mg/kg SC cada 12 semanas N.º de reposiciones _____

JERINGA PRECARGADA DE DOSIS INICIAL

Jeringa precargada de dosis única; 45 mg SC a la Semana 0 Semana 4

Jeringa precargada de dosis única; 90 mg SC a la Semana 0 Semana 4

JERINGA PRECARGADA DE TERAPIA DE MANTENIMIENTO

Jeringa precargada de dosis única; 45 mg SC cada 12 semanas N.º de reposiciones _____

Jeringa precargada de dosis única; 90 mg SC cada 12 semanas N.º de reposiciones _____

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA PARA VALIDAR LA PRESCRIPCIÓN: Certifico que la terapia con STELARA® es médicamente necesaria para este paciente. En consecuencia, estaré supervisando el tratamiento del paciente, y he revisado la Información de Prescripción completa actual de STELARA®. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre para los propósitos limitados de transmitir esta receta a la farmacia adecuada designada por mí, el paciente o el plan del paciente.

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

8. PROGRAMA JANSSEN LINK

Cuando la cobertura del seguro comercial se retrasa >5 días laborables o se deniega, Janssen Link ofrece a los pacientes elegibles STELARA® subcutáneo **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** _____

9. 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 STELARA®. La asistencia incluye obtener el Formulario de Autorización Previa específico del plan médico y proporcionar 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 STELARA®.

NO deseo recibir ayuda o monitoreo del estado del Formulario de Autorización Previa. Esta opción de exclusión no aplica si está solicitando que el paciente sea inscrito en Janssen Link.

La Autorización Previa ya está en el archivo del plan del paciente para el tratamiento con STELARA® subcutáneo.

10. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA (El proveedor debe marcar una casilla a continuación.)

Como médico tratante, he analizado con este paciente la preferencia por una farmacia especializada (SP). Este paciente prefiere el uso de la SP que se indica a continuación. Autorizo a Janssen Biotech, Inc. y a sus representantes que envíen por fax esta receta a: 1. La SP designada según se marca a continuación, siempre que esté aprobada por el plan de este paciente. 2. Si la SP designada no está aprobada por el plan, entonces, a una SP aprobada por el plan de este paciente. 3. Si no hay una SP preferida 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 _____

Consulte [Información de Prescripción completa](#) y la [Guía del Medicamento para STELARA®](#). Proporcione la Guía del Medicamento a sus pacientes y anímelos a la discusión.

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 STELARA® (ustekinumab) subcutáneo **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 STELARA® subcutáneo 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 recetado. 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 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 866-769-3903 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)

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

