

Janssen Link, un programa ofrecido por Janssen CarePath, le asegura que sus pacientes que reúnen los requisitos recibirán STELARA® (ustekinumab) o SIMPONI® (golimumab) subcutáneo si el seguro comercial se demora (más de 5 días hábiles) o deniega el tratamiento.

- ▶ **Janssen Link ofrecerá apoyo continuo hasta que sus pacientes reciban la cobertura para el tratamiento durante el resto del año del programa actual.**
 - **Si se rechaza la autorización previa después de que se haya presentado una apelación, los pacientes elegibles recibirán SIMPONI® o STELARA® subcutáneo sin costo alguno hasta el final del año del programa actual.**
 - **Los pacientes que comiencen a participar en el programa durante los meses de noviembre y diciembre estarán aprobados para todo el siguiente año calendario.**

¿Quién es elegible?

Pacientes con seguro comercial:

- a los que se les ha recetado SIMPONI® o STELARA® subcutáneo para una indicación aprobada por la FDA;
- que tengan seguro comercial que se haya demorado (más de 5 días hábiles) o haya rechazado el tratamiento.

Este programa no está disponible para las personas que usan un programa de atención médica subsidiado por el gobierno estatal o federal para cubrir una parte de sus costos de medicamentos, tales como Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos, o cualquier otro plan de atención médica estatal o federal, incluidos programas de asistencia farmacéutica.

Cómo funciona:

- Usted receta SIMPONI® o STELARA® subcutáneo para una indicación aprobada por la FDA.
- Completa el formulario de inscripción de prescripción (PEF) y lo envía por fax al 855-224-5072 para SIMPONI® o al 866-769-3903 para STELARA®.
- Janssen Link brinda apoyo a su paciente de la siguiente manera:
 - confirmación de beneficios y requisitos de autorización previa (PA);
 - investigación de beneficios;
 - asistencia con el formulario de autorización previa (PA) y seguimiento del estado de la autorización, incluidos los procesos de apelación y excepciones;
 - comunicación con pacientes elegibles para informarles acerca de Janssen Link;
 - coordinación del envío de SIMPONI® o STELARA® sin costo alguno a los pacientes elegibles hasta que tengan cobertura o hasta el final del año del programa actual;
 - transición de sus pacientes al producto comercial si se presenta una apelación y hay una decisión favorable dentro de los 90 días.

Autorizo a Janssen CarePath a:

- proporcionar asistencia con el formulario de autorización previa (PA) y seguimiento del estado de la autorización;
- realizar una investigación de beneficios y comunicarse con mis pacientes elegibles para analizar su participación en el programa Janssen Link*;
- realizar un seguimiento del estado de apelación/excepción;
- coordinar las recetas de farmacia especializada Wegmans;
- llevar a cabo una nueva verificación automática de la cobertura de seguro en enero para mis pacientes inscritos en el programa a fin de confirmar la elegibilidad para la continuación de su participación.

Al completar este formulario, acepto lo siguiente:

- solicitar asistencia con el formulario de autorización previa y seguimiento del estado de la autorización;
- enviar una apelación/excepción al pagador si se rechaza la PA;
- no comprar SIMPONI® o STELARA® en nombre de los participantes pacientes de Janssen Link, y no facturar a los pagadores comerciales por ninguna parte del costo de SIMPONI® o STELARA®;
- sus pacientes pueden participar en Janssen Link independientemente de si usted prescribe cualquier otro producto de Janssen;
- cualquier médico que redacte una receta para SIMPONI® o STELARA® para un paciente elegible y se haya inscrito en el programa Janssen Link puede participar;
- se debe enviar un formulario de inscripción de prescripción (PEF) a cada paciente para el que se solicita tratamiento con SIMPONI® o STELARA®.

* En función de la información que Janssen CarePath pueda proporcionar, los pacientes pueden elegir no participar en el programa Janssen Link. Janssen CarePath no puede aceptar información sin un acuerdo de asociado comercial firmado o una autorización del paciente, la que se puede encontrar en el formulario de inscripción e información de prescripción en archivo. Además, se debe enviar el formulario de inscripción e información de prescripción para el medicamento recetado a cada paciente para el que se solicita tratamiento.

Envíe el formulario de inscripción del programa completado por fax al 844-322-9982.

¿Tiene preguntas? Llame al 844-832-8432 de lunes a viernes de 8:00 A. M. a 5:00 P. M., hora del este.

Proporcione la información que se solicita a continuación para inscribirse en el programa Janssen Link.

Los pacientes pueden comunicarse con Janssen Link para el año siguiente del programa si continúan siendo elegibles y usted desea que continúen su tratamiento.

Asegúrese de firmar este formulario.

Al firmar y enviar este formulario, solicito la inscripción en el programa Janssen Link (el "Programa"). Comprendo que mi información personal y la información del centro y del personal del centro serán utilizadas por Janssen Biotech, Inc., nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios para la administración de este Programa. El Programa puede comunicarse conmigo para verificar información acerca del tratamiento de mi paciente específica para este Programa. Los usos y divulgaciones de la información personal que usted proporcione estarán regidos por nuestra Política de privacidad, disponible en JanssenCarePath.com/Privacy-Policy. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la información personal proporcionada, comuníquese con nosotros llamando al 844-832-8432. Comprendo que puedo suspender mi participación en el Programa llamando al 844-832-8432. Janssen Biotech, Inc. se reserva el derecho de cancelar o modificar el programa Janssen Link en cualquier momento.

COMPLETE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del centro _____

Dirección del centro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del centro _____ Fax del centro _____ Correo electrónico _____

Nombre del contacto del centro _____

Nombre del médico (mencionar todos los médicos participantes) _____

Firma autorizada _____ Fecha _____



Lea la Información completa de prescripción, incluidas las Advertencias enmarcadas, y la Guía del medicamento de SIMPONI®, también disponibles en www.simponi.com/sites/default/files/shared/product/simponi/informacion-sobre-la-prescripcion.pdf.

Lea la Información completa de prescripción y la Guía del medicamento de STELARA®, también disponibles en www.stelara.info.com/pdf/spanishbrochure_for_website.pdf. Entregue la Guía del medicamento apropiada a sus pacientes y fomente la discusión.

Envíe el formulario de inscripción del programa por fax al 844-322-9982.

¿Tiene preguntas? Llame al 844-832-8432 de lunes a viernes de 8:00 A. M. a 5:00 P. M., hora del este.