

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 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[®]. 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.

Lea la [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía del Medicamento](#) que se adjuntan para TREMFYA[®], 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

Los gastos de bolsillo pagados por este programa no pueden presentarse como reclamo de pago a ningún tercero pagador, ni a una fundación de asistencia farmacéutica para pacientes, ni a ninguna cuenta, como una Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Account, FSA), una Cuenta de Ahorros de Salud (Health Savings Account, HSA) o una Cuenta de Reembolsos de Salud (Health Reimbursement Account, HRA).

Este programa solo está disponible para personas mayores de 18 años que usan un seguro médico comercial o privado para sus medicamentos de Janssen, incluidos los planes disponibles a través de intercambios de salud estatales y federales. Este programa no está disponible para personas que usan un programa de atención médica financiado por el gobierno federal o estatal para cubrir una parte de sus costos de medicamentos, como Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos.

Su elegibilidad para usar la tarjeta del Programa de Ahorros está sujeta al cumplimiento de los requisitos del programa en el momento de cada uso. Los términos del programa vencerán al final de cada año calendario. El programa está sujeto a cambios o a interrupción sin previo aviso, incluso en estados específicos. Como condición para participar en este programa, usted debe asegurarse de cumplir con cualquier requisito de divulgación de copagos de su compañía de seguros o de terceros pagadores, incluida la divulgación a su aseguradora de la cantidad de apoyo para los copagos que recibe de este programa. Al usar la tarjeta del Programa de Ahorros, usted confirma que ha leído, comprendido y aceptado los requisitos del programa que se indican en esta página y que, además, autoriza que se comparta información relacionada con sus transacciones del Programa de Ahorros, incluidos reembolsos y todos los fondos depositados o saldos restantes de la tarjeta del Programa de Ahorros, con sus proveedores de atención médica. Oferta válida solo en los Estados Unidos y sus territorios. No es válida donde esté prohibida, gravada o restringida por la ley. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMPRAR, TRANSFERIR NI VENDER. EL FORMULARIO DE REEMBOLSO NO SE PUEDE COMBINAR CON NINGUNA OTRA OFERTA, DESCUENTO, TARJETA DE AHORROS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS O PRUEBA GRATIS. El uso de esta tarjeta está sujeto a los requisitos del programa, los cuales se detallan en el folleto del Programa de Ahorros 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 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](#) que se adjuntan para TREMFYA®, y analice cualquier pregunta que tenga con su médico.