

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson Formulario de inscripción en la asistencia al paciente

(Para hipertensión pulmonar)

Johnson & Johnson (J&J) cree que los desafíos de acceso y asequibilidad no deben interponerse en el camino de los pacientes y sus medicamentos. Los medicamentos de J&J pueden proporcionarse de forma gratuita a los pacientes elegibles que no estén asegurados o que tengan una cobertura inadecuada a través de planes de seguros comerciales, de grupos de empleadores o gubernamentales y que no estén respaldados por otras ofertas de J&J.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

- Complete todas las secciones de la página 2 y firme la página 3
- Revise y firme la autorización del paciente (páginas 4 y 5) o vaya a [PAHconsent.com](https://www.pahconsent.com). Si ya ha llenado un formulario de autorización de paciente para los programas de apoyo al paciente de Janssen, no es necesario que vuelva a hacerlo
- Reúna los documentos de respaldo requeridos para determinar qué documentos debe incluir (si los hubiera)

DOCUMENTOS DE APOYO

- Información del seguro: copias del anverso y reverso de todas las tarjeta(s) de seguro (p. ej., médica, de farmacia, etc.), si no llenó la sección 4 de la página 2)
- Solo pacientes de Medicare Parte D: Envíe un informe de su farmacia **O** una declaración de Explicación de Beneficios (EOB) de su aseguradora que muestren sus costos de bolsillo para el año en curso

Complete este Formulario de inscripción para asistencia al paciente en la medida de sus posibilidades, incluidos los documentos de respaldo y envíelo por fax a: 866-279-0669. Cualquier información necesaria que no proporcione con su presentación inicial provocará retrasos en el procesamiento de su solicitud. Los profesionales de atención médica pueden ayudar a los pacientes o cuidadores a completar y enviar este formulario. Se requiere la firma del paciente o de su representante legalmente autorizado cuando se indique en el formulario. Para obtener asistencia sobre cómo completar el formulario o si tiene preguntas sobre el programa, llame al **866-228-3546**, de lunes a viernes de 8:00 AM a 8:00 PM, hora del Este.

Medicamentos disponibles a través de este formulario

OPSUMIT®* (macitentan) Comprimidos

UPTRAVI®† (selexipag) Comprimidos

OPSYNVI®* (macitentan y tadalafil) en comprimidos

VELETRI®† (epoprostenol) para inyección

TRACLEER®* (bosentan) Comprimidos

*Consulte la información importante de seguridad, incluido el RECUADRO DE ADVERTENCIA y la información de prescripción completa disponible en <https://www.janssencarepath.com/patient/important-safety-information> y disponible a través de su representante de J&J.

†Consulte la información importante de seguridad y la información de prescripción completa disponibles en <https://www.janssencarepath.com/patient/important-safety-information> y disponibles a través de su representante de J&J.

Un representante de J&J se pondrá en contacto con el profesional de atención médica utilizando la información proporcionada para determinar cualquier información adicional necesaria para el medicamento recetado.

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

Formulario de inscripción en la asistencia al paciente

(Para hipertensión pulmonar)

Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., nuestras filiales y nuestros proveedores de servicios utilizarán la información que proporcione para determinar su elegibilidad e inscribirlo en el programa. Puede retirar su solicitud de estos servicios llamando al 866-228-3546. Nuestra [Política de privacidad](#) rige el uso de la información que usted proporciona. Al enviar este formulario, usted indica que leyó, entendió y aceptó estos términos.

Los campos marcados con un (*) son obligatorios.

1. Información del paciente

*Nombre: _____ *Apellido: _____ *Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ *Sexo: _____

*Línea de dirección 1: _____ Línea de dirección 2: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Esta es la dirección a la que se enviarán todos los medicamentos autoadministrados. Si desea cambiar de dirección, póngase en contacto con el 866-228-3546 y comparta la información con su profesional de atención médica.

2. Información del profesional de atención médica que receta

*Nombre: _____ *Apellido: _____ *Nombre del centro: _____

*Línea de dirección 1: _____ Línea de dirección 2: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

*Teléfono: _____ *Fax: _____ Correo electrónico: _____

***MEDICAMENTO PRESCRITO** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- OPSUMIT® (macitentan) Comprimidos TRACLEER® (bosentan) Comprimidos VELETRI® (epoprostenol) para inyección
- OPSYNVI® (macitentan y tadalafil) Comprimidos UPTRAVI® (selexipag) Comprimidos

3. Información financiera

*Total de ingresos brutos anuales de toda la unidad familiar: \$ _____

*Tamaño del hogar
Incluido usted, el número de personas que viven en su hogar y dependen de los ingresos de su hogar: _____

(La verificación de crédito es necesaria para confirmar que cumple con los requisitos de ingresos. Esto no afectará la puntuación de crédito del paciente).

4. Información del seguro (Llenar para todos los seguros disponibles O enviar copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro).

No tengo seguro y he revisado los requisitos de elegibilidad o aplicado a todas las opciones disponibles para un seguro gratuito o de costo mínimo u otra asistencia. Si se ha inscrito previamente en un Programa de asistencia al paciente, proporcione su número de identificación de paciente: _____

Solo pacientes de Medicare Parte D: N.º de identificación de Medicare: _____

Seguro de receta médica principal: _____ N.º de tarjeta de identificación bancaria (BIN): _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido): _____ Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: _____

Relación con el titular de la tarjeta: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Seguro médico principal: _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido): _____ Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: _____

Relación con el titular de la tarjeta: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Línea de dirección 1: _____ Línea de dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código POSTAL: _____

Fax: _____

*Nombre del empleador del titular de la tarjeta: _____ *Teléfono del empleador del titular de la tarjeta: _____

*Dirección del empleador del titular de la tarjeta: _____

*Ciudad del empleador del titular de la tarjeta: _____ *Estado del empleador del titular de la tarjeta: _____ *Código postal del empleador del titular de la tarjeta: _____

Si sabe que un Programa de desvío de asistencia (Assistance Diversion Program, ADP) forma parte del diseño de su plan de seguro, proporcione los siguientes detalles:

Nombre del ADP: _____ Dirección del ADP: _____

Ciudad: _____ Estado del ADP: _____ Código POSTAL del ADP: _____

Teléfono: _____ Fax del ADP: _____

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

Formulario de inscripción en la asistencia al paciente

(Para hipertensión pulmonar)

Entiendo que Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. (JJHCS) y terceros asociados con la administración del Programa en nombre de JJHCS (colectivamente, los "Administradores del Programa"):

- Se reservan el derecho sin previo aviso de cambiar el formulario de solicitud, cambiar el Programa o los criterios del Programa, o finalizar mi inscripción en cualquier momento;
- Pueden solicitar y obtener información sobre mis ingresos o los de mi familia, incluida la verificación de mis ingresos, o mi cobertura de seguro, incluida la documentación de cualquier denegación de seguro, y que la información pueda solicitarse directamente a mí, a otras personas que actúen en mi nombre o a fuentes de terceros;
- Pueden solicitar que vuelva a verificar mi elegibilidad para recibir medicamentos en virtud del Programa

Certifico que:

- Toda la información de este formulario y toda la documentación enviada están completas y correctas, y según mi leal saber y entender, cumplo con los requisitos de elegibilidad para la presentación de la solicitud
- Estoy realizando esta solicitud voluntariamente. Mi compañía de seguros o un profesional no médico no me han indicado que llene esta solicitud. No me han ofrecido ningún beneficio financiero ni de otro tipo por parte de ningún tercero para solicitar asistencia de JJHCS, y no me han informado que ningún beneficio será rechazado o retenido (como la cobertura de seguro) si no lleno esta solicitud
- He completado esta solicitud yo mismo o con la ayuda de un representante legalmente autorizado (como un tutor), familiar, cuidador, amigo, profesional de atención médica o representante de una organización de pacientes. Si se proporcionó dicha asistencia, he revisado la solicitud antes de enviarla a JJHCS para garantizar que toda la información sea precisa y verdadera. Ningún otro tercero ha ayudado a completar esta solicitud
- El(los) producto(s) proporcionados en virtud de este Programa de asistencia al paciente no se venderán ni comercializarán.
- Notificaré al Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson Patient Assistance en un plazo de treinta (30) días si hay algún cambio en mis ingresos o en mi cobertura de seguro médico. Esto incluye un cambio en mi elegibilidad para participar en el programa Medicare, debido a cambios en mi edad o estado de discapacidad o mi inscripción en Medicare Parte D
- No intentaré reclamar ni presentar ningún costo asociado con el (los) medicamento(s) que reciba en virtud del Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson a ninguna persona o entidad, incluido mi plan de Medicare Parte D
- No solicitaré crédito de bolsillo verdadero (TrOOP) en virtud del programa Medicare Parte D por el costo del (los) medicamento(s) que reciba en virtud de este programa

**FIRMA &
FECHA:**

Nombre del paciente (*en letra de imprenta*): _____

Firma del paciente aquí: _____ Fecha (*mm/dd/aaaa*): _____

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

Por: _____ Nombre, en letra de imprenta: _____ Fecha (*mm/dd/aaaa*): _____
(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

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

Formulario de autorización del paciente

Los pacientes deben (1) leer la autorización del paciente, (2) marcar las casillas de permiso deseadas y (3) devolver el formulario al Programa de apoyo al paciente de Janssen.

Opciones para llenar y devolver el formulario:

A. Descargue una copia, imprímala, marque las casillas deseadas y firme. El formulario lleno puede enviarse por fax al 866-279-0669 o por correo a Janssen CarePath, 6931 Arlington Road, Suite 400, Bethesda, MD 20814

B. Los pacientes también pueden leer, firmar y enviar una versión digital de este formulario en [PAHconsent.com](https://www.pahconsent.com).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código POSTAL: _____

Número de teléfono: _____ 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 de salud) compartan mi Información médica protegida, tal como se describe en este formulario.

Mi “Información médica protegida” incluye toda la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro de salud.

Se autoriza 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
- Proveedores de otras fuentes de financiación, 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 para los programas de apoyo al paciente de Janssen, incluidos los servicios a domicilio, inscribirme en ellos, comunicarse conmigo con respecto a dichos servicios y para proporcionármelos
- Manejar los programas de apoyo al paciente de Janssen
- Darme materiales educativos y de 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 se les ha 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.

Formulario de autorización del paciente

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. Si no firmo este formulario, o no cancelo ni 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 las farmacias que dispensan y envían mis medicamentos y proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente por sus servicios y datos. Esto puede incluir el pago por compartir Información médica protegida y otros datos relacionados con estos programas, 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 comunicándoselo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, 6931 Arlington Road, Suite 400, Bethesda, MD 20814.

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 [janssen.com/us/privacy-policy#california](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: _____

FIRMA & FECHA:

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

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

Por: _____ Nombre, en letra de imprenta: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____
(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

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

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

Formulario de inscripción en la asistencia al paciente

(Para hipertensión pulmonar)

Términos & condiciones

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE JOHNSON & JOHNSON

Es posible que sea elegible para recibir su(s) medicamento(s) de Johnson & Johnson sin cargo durante un máximo de un año si le han recetado un medicamento de J&J, tiene una dificultad financiera y ha agotado todas las demás opciones de asequibilidad.

Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad e ingresos para calificar para el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson.

Usted no es elegible para recibir medicamentos gratuitos de J&J si su seguro médico cubrirá el costo de su medicamento recetado por J&J si se deniega esta solicitud. Algunos empleadores, aseguradoras y otras compañías obligan a los pacientes a solicitar medicamentos médicamente necesarios de programas de productos gratuitos, en lugar de cubrir dichos medicamentos directa e inmediatamente a través de un seguro, lo que podría provocar retrasos en la atención y discriminar a los pacientes de ingresos más bajos. Estos tipos de "Programas de desvío de asistencia" generalmente son establecidos por compañías que se benefician desviando recursos de los pacientes necesitados. Un Programa de desvío de asistencia es cualquier programa de aseguradora, empleador o terceros que retenga la cobertura o el pago del fármaco médicamente necesario del Paciente hasta que este haya llenado una solicitud de asistencia gratuita para el producto. J&J prohíbe los Programas de desvío de asistencia para asegurarse de que haya ayuda disponible para los pacientes sin red de seguridad. Su aseguradora debe enviar un formulario de Certificación de elegibilidad del paciente para confirmar que su cobertura de medicamentos no está sujeta a un Programa de desvío de asistencia.

No puede solicitar el pago del valor de estos medicamentos de J&J recibidos de este programa a ningún plan de salud, fundación de asistencia al paciente, cuenta de gastos flexibles ni cuenta de ahorros para la atención de la salud.

Antes de que se inscriba en el Programa de asistencia al paciente, es importante que entienda que se le pedirá que proporcione información personal que puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información financiera e información relacionada con su seguro y tratamiento de medicamentos con receta. Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. y sus proveedores de servicios utilizarán esta información para determinar su elegibilidad, inscribirlo y administrar el programa. La información también se utilizará para obtener más información sobre las personas que utilizan el programa, para mejorar el programa y se compartirá con los proveedores de servicios que respaldan el programa.

Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), debe gastar el 4 % del ingreso anual bruto de su hogar en los costos de bolsillo de medicamentos recetados para usted u otros miembros del hogar. Puede brindar un informe de su farmacia O una declaración de Explicación de Beneficios (EOB) de su aseguradora que muestre sus gastos de bolsillo para el año en curso Además, si sus ingresos están por debajo del 150 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL), deberá demostrar que no es elegible para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS).

Esta oferta del programa puede no usarse con ningún otro cupón, descuento, tarjeta de ahorros para medicamentos con receta, prueba gratuita u otra oferta. Oferta válida solo en los Estados Unidos y sus territorios. Nula donde esté prohibido, gravado o limitado por la ley. Los términos del programa vencerán al final de cada año calendario y pueden cambiar o finalizar sin previo aviso, incluso en estados específicos.

Puede finalizar su participación en el programa en cualquier momento llamando al 833-742-0791, de lunes a viernes, de 8:00 AM to 8:00 PM hora del Este.