

Complete este formulario y envíelo por fax al 866-769-3903 o por correo postal a 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560

Para obtener ayuda, llame al 844-832-8432, ext. 2275, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este.

ACTUALIZACIÓN 3.20

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 la última página de este documento.

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: **PSORIASIS** L40.00 (Psoriasis vulgaris) Otro código ICD-10 _____
ARTRITIS PSORIÁSICA L40.50 (Psoriasis artropático, sin especificar) Otro código ICD-10 _____
 DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: CÓDIGO ICD-10 _____ PESO DEL PACIENTE _____ lb o _____ kg
MEDICAMENTOS ANTERIORES (REQUERIDO PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PREVIA)
 Ciclosporina Corticosteroides Enbrel® Fototerapia Humira® Metotrexato
 Otezla® Skyrizi™ Soriatane® Ninguno de los anteriores 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 _____

5. PRESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PRUEBA SO SIMPLE

DOSIS INICIAL: 1 jeringa precargada de uso único; 45 mg SC en la Semana 0 Consultorio del médico que receta
 1 jeringa precargada de uso único; 90 mg SC en la Semana 0 Paciente

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) 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 actual completa de STELARA®. 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.)

Receta STELARA® INSTRUCCIONES

DOSIS INICIALES FECHA DE ENVÍO SOLICITADA _____ TERAPIA DE MANTENIMIENTO FECHA DE ENVÍO SOLICITADA _____
 2 jeringas precargadas de uso único; 45 mg SC en las Semanas 0 y 4 1 jeringa precargada de uso único; 45 mg SC cada 12 semanas
 2 jeringas precargadas de uso único; 90 mg SC en las Semanas 0 y 4 1 jeringa precargada de uso único; 90 mg SC cada 12 semanas
 N.º de reposiciones _____

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) 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 actual completa 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 (Entregar tal como se prescribe) _____ FECHA _____

7. PROGRAMA JANSSEN LINK

Janssen Link, un programa ofrecido por Janssen CarePath, es para pacientes elegibles con seguro comercial a quienes se les ha recetado STELARA® subcutáneo para una indicación autorizada, aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Les permite a los pacientes recibir STELARA® subcutáneo sin costo si el paciente tiene un seguro comercial que ha demorado (>5 días laborables) o denegado su tratamiento. Lea los requisitos del programa abajo y en la página siguiente. Al inscribir a pacientes en Janssen Link, acepto no comprar el medicamento de Janssen en nombre de pacientes participantes en Janssen Link y no facturar a pagadores comerciales ninguna parte del tratamiento subcutáneo recetado. También acepto completar y enviar un formulario de determinación de cobertura (es decir, autorización previa o autorización previa con una excepción) al seguro comercial. Si se deniega la cobertura, entonces acepto disputar la denegación de cobertura con una excepción, Carta de Necesidad Médica o apelación. También entiendo que Janssen CarePath supervisará el estado de la autorización previa.

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

8. INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS

Deseo solicitar la investigación de beneficios solo para STELARA® en este momento 45 mg jeringa precargada de uso único 90 mg jeringa precargada de uso único
 Deseo solicitar la investigación de beneficios médicos para STELARA® 45 mg frasco de dosis única 1 frasco 2 frascos

CENTRO DE ATENCIÓN (Completar si es distinto al consultorio del médico que receta):

Consultorio del médico que no receta Paciente ambulatorio Infusión en el hogar/Compañía proveedora de infusiones Otro

NOMBRE DEL MÉDICO O DEL PROVEEDOR DE INFUSIONES _____

NOMBRE DEL CONSULTORIO MÉDICO/ESTABLECIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____ NOMBRE DE CONTACTO _____

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

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 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 STELARA®.

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 STELARA® subcutáneo.

10. 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 prescripción 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 _____

Al proporcionar su información y la información sobre su paciente en este formulario, usted está solicitando los servicios descritos en este formulario. La información que proporcione solo será usada por Janssen Biotech, Inc., nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios participantes en la prestación de estos servicios. Usted puede retirar su solicitud para estos servicios llamando al 844-832-8432. Nuestra Política de privacidad, disponible en [JanssenCarePath.com/Privacy-Policy](https://www.janssen-carepath.com/Privacy-Policy), rige el uso de la información que usted proporciona. Al proporcionar la información y enviar este formulario, usted indica que leyó, comprende y acepta estos términos.

La investigación de los beneficios del seguro del paciente y otras ofertas del programa de Janssen CarePath son proporcionadas por terceros proveedores de servicios para JanssenCarePath, bajo contrato con Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. en nombre de Janssen Pharmaceuticals, Inc., Janssen Biotech, Inc. y Janssen Products, LP (Janssen). Janssen CarePath no está disponible para los pacientes que participan en el programa de asistencia al paciente ofrecido por Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation. La disponibilidad de información y asistencia pueden variar en función del medicamento de Janssen, la geografía

y otras diferencias de programa. Janssen CarePath ayuda a los proveedores de atención médica (healthcare providers, HCP) a determinar si el tratamiento podría estar cubierto por el tercero pagador correspondiente, según las guías de cobertura proporcionadas por el pagador y la información del paciente proporcionada por el HCP bajo la autorización correspondiente siguiendo la determinación exclusiva de necesidad médica por parte del proveedor. Esta información y asistencia se ponen a disposición como una conveniencia para los pacientes, y no hay ningún requisito que establezca que los pacientes o los HCP deben utilizar algún producto de Janssen a cambio de esta información o asistencia. Janssen no asume responsabilidad alguna por la calidad, el alcance o la disponibilidad de la información y asistencia proporcionadas, ni garantiza esto. Los terceros proveedores de servicios, no Janssen, son responsables de la información y asistencia proporcionadas por este programa. Cada HCP y cada paciente son responsables de verificar o confirmar cualquier información proporcionada. Todas las reclamaciones y otros envíos a los pagadores deben cumplir con todos los requisitos aplicables.

Janssen Link permite que los pacientes elegibles reciban STELARA® (ustekinumab) sin costo hasta que reciban cobertura. Vea los requisitos del programa abajo y en el frente.

Requisitos del programa Janssen Link

- Al paciente se le ha recetado STELARA® para una indicación autorizada, aprobada por la FDA.
- El paciente tiene un seguro comercial que ha demorado (>5 días laborables) o denegado su tratamiento.
- El paciente no usa ningún programa de atención médica financiado por el gobierno federal o estatal para cubrir una parte de los costos de medicamentos, como Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos.
- El paciente no puede enviar el valor del producto gratuito como una reclamación de pago a ningún tercero pagador.
- El paciente no es elegible si la autorización previa es denegada debido a información faltante en el formulario de determinación de cobertura, el uso de una indicación no aprobada por la FDA o motivos clínicos no válidos.
- El paciente debe comunicarse con Janssen CarePath si cambia de una cobertura de seguro médico comercial a un programa de atención médica financiado por el gobierno en cualquier momento durante el año del programa.

Cómo funciona Janssen Link

- El programa cubre solo el costo de la terapia, no el costo de administración asociado.
- Ninguna parte del valor del producto gratuito se usará para las obligaciones aplicables de costos compartidos que el paciente deba pagar de su bolsillo.
- El año del programa abarca desde el 1 de marzo hasta el 28 de febrero.
- Janssen CarePath se reserva el derecho de cancelar o modificar Janssen Link en cualquier momento.

Al participar en Janssen Link, autorizo a Janssen CarePath a:

- Realizar una investigación de beneficios y confirmar los requisitos de autorización previa (prior authorization, PA).
- Proporcionar asistencia con el formulario de PA y Supervisión del Estado, incluidas las excepciones y los procesos de apelación.
- Coordinar el envío de STELARA® desde la farmacia especializada del programa a pacientes elegibles sin cargo hasta que tengan cobertura o hasta el final del año del programa actual.
- Apoyar la transición de los pacientes al producto comercial si se llega a una determinación de cobertura favorable dentro de los 90 días del envío de la PA.
- Realizar la verificación de la cobertura del seguro en enero de cada año para los pacientes inscritos en el programa y en cualquier momento para los pacientes que tienen un cambio de cobertura durante el año del programa a fin de confirmar que se cumplan los criterios de elegibilidad para continuar participando.

Autorización del Paciente de Janssen CarePath

- **Los pacientes deben leer la Autorización del Paciente y firmarla electrónicamente o descargarla, imprimirla y firmarla.**
 - **El formulario completado se podrá subir al portal del proveedor o a la cuenta del paciente, enviar a Janssen CarePath por fax al 866-769-3903 o por correo postal a la dirección que figura a continuación.**
- **Los pacientes pueden acceder a una copia del formulario completado en su cuenta de Janssen CarePath – Mi perfil.**

Mi firma en este Formulario de Autorización del Paciente confirma que autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos, incluida cualquier farmacia especializada que reciba mi prescripción de un medicamento de Janssen y otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica") y cada una de mis compañías de seguros médicos (en conjunto, "Compañías de seguros") a divulgar mi información médica protegida, incluida, entre otras, la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, plan de seguro y/o números de grupo (en conjunto, "Información médica protegida") a Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes (en conjunto, "Janssen"), incluidos los proveedores de fuentes de financiación alternativas para los costos de los medicamentos recetados y otros proveedores de servicios aprobados autorizados para gestionar, administrar y/o apoyar los programas de Janssen CarePath, las cuentas para pacientes de Janssen CarePath y el portal para proveedores para sus Proveedores de atención médica para los fines descritos a continuación.

Específicamente, autorizo a Janssen a recibir, usar y divulgar mi Información médica protegida para (i) inscribirme, determinar mi elegibilidad y contactarme sobre los programas de apoyo para recibir medicamentos de Janssen; (ii) proporcionarme materiales educativos, información y servicios relacionados con el medicamento de Janssen; (iii) verificar, investigar, ayudar y coordinar mi cobertura del medicamento de Janssen con mis Compañías de seguros; (iv) coordinar el cumplimiento de la prescripción; (v) ayudar en los análisis relacionados con la calidad, eficacia y seguridad del medicamento de Janssen, y el acceso del paciente y el cumplimiento con el medicamento de Janssen; (vi) compartir y proporcionar acceso a la información generada por Janssen CarePath que pueda ser útil para mi atención y (vii) mejorar, desarrollar y evaluar a Janssen CarePath, sus ofertas y materiales. También entiendo que las farmacias que envían mi medicamento pueden recibir un pago por compartir esta información con Janssen CarePath para ayudar a proporcionar las ofertas solicitadas para mí. Además, entiendo que Janssen no utilizará ni divulgará mi Información médica protegida para ningún otro fin sin mi autorización previa, a menos que lo permita la ley o que se elimine información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo posible para mantener privada mi información. También entiendo que si mi información se comparte accidentalmente, las leyes federales de privacidad no obligan a la persona o la parte que la recibe a no divulgarla más, y que es posible que dicha información proporcionada a un tercero ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no tengo obligación de firmar este Formulario de Autorización del Paciente. Mi decisión sobre la firma no cambiará la forma en que me tratan mis Proveedores de atención médica o las Compañías de seguros. Si me rehúso a firmar el Formulario de Autorización del Paciente o revoco mi autorización más adelante, entiendo que esto significa que no podré participar ni recibir asistencia de Janssen CarePath.

Esta autorización durará hasta que ya no participe en Janssen CarePath o acceda a mi cuenta de Janssen CarePath. Entiendo que puedo cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta solicitando dicha cancelación a Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560 o informando a mis Proveedores de atención médica y Compañías de seguros por escrito que no quiero que compartan ninguna información con Janssen. Además, entiendo que la cancelación o revocación no afectará la capacidad de Janssen de utilizar y divulgar la Información médica protegida que ha recibido antes de recibir mi cancelación y revocación de la participación en el programa. Mi autorización también finalizará si se cancelan los programas de apoyo o la cuenta de Janssen CarePath. También entiendo que tengo derecho a ver o copiar la Información médica protegida que mis Proveedores de atención médica o Compañías de seguros le han otorgado a Janssen.

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

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del paciente aquí: _____ Fecha: _____

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

Por: _____ Fecha: _____

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar en nombre del paciente)

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

Janssen CarePath
2250 Perimeter Park Drive, Suite 300
Morrisville, NC 27560
Fax 866-769-3903