

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

Guía de referencia rápida

Para pacientes que enfrentan desafíos de asequibilidad

Johnson & Johnson (J&J) cree que los desafíos de asequibilidad no deben interponerse en el camino de los pacientes y sus medicamentos. Los medicamentos de J&J pueden proporcionarse sin costo 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.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

Es posible que los pacientes sean elegibles para recibir medicamentos de J&J sin costo durante un máximo de un año si cumplen con los siguientes requisitos:

- No tener un seguro o tener un plan de seguro comercial o patrocinado por el empleador o una cobertura gubernamental, como Medicare, Medicaid, TRICARE, atención de la salud del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos o atención de la salud del Departamento de Defensa de los Estados Unidos
- Vivir en los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos
- Recibir tratamiento como pacientes ambulatorios de un proveedor de atención médica autorizado en los Estados Unidos
- Tener una receta para un medicamento elegible de J&J
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos
- Para pacientes de Medicare Parte D únicamente:
 - Demostrar que no son elegibles para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)*
 - Gastar más del 4 % de los ingresos brutos anuales de su unidad familiar en medicamentos recetados

* Requisito de subsidio por bajos ingresos aplicable a pacientes cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

PACIENTES, COMIENCEN HOY

Visiten JJPatientAssistance.com O llamen al 833-742-0791

Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del Este

¿Cuáles son los medicamentos elegibles de J&J?

AKEEGA^{®*} (niraparib and abiraterone acetate) comprimidos para uso oral

BALVERSA^{®*} (erdafitinib) comprimidos para uso oral

DARZALEX^{®*} (daratumumab) inyección para infusión intravenosa

DARZALEX FASPRO^{®*} (daratumumab and hyaluronidase-fihj) inyección para uso subcutáneo

EDURANT^{®*} (rilpivirine) comprimidos

ELMIRON^{®*} (pentosan polysulfate sodium) cápsulas

ERLEADA^{®*} (apalutamide) comprimidos para uso oral

INTELENCE^{®*} (etravirine) comprimidos

INVEGA HAFYERA^{®†} (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVEGA SUSTENNA^{®†} (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVEGA TRINZA^{®†} (paliperidone palmitate) suspensión inyectable de liberación prolongada

INVOKAMET^{®†} (canagliflozin/metformin HCl) comprimidos

INVOKAMET XR[†] (canagliflozin/metformin HCl) comprimidos de liberación prolongada

INVOKANA^{®*} (canagliflozin) comprimidos

PREZCOBIX^{®*} (darunavir 800 mg/cobicistat 150 mg) comprimidos

PREZISTA^{®*} (darunavir) comprimidos o suspensión oral

RISPERDAL CONSTA^{®†} (risperidone) inyección de acción prolongada

RYBREVA^{®*} (amivantamab-vmjw) infusión intravenosa

RYBREVA[®] (amivantamab-vmjw) infusión intravenosa en combinación con **LAZCLUZE**^{™*} (lazertinib) comprimidos

SIRTURO^{®†} (bedaquiline)

SPRAVATO^{®†} (esketamine) aerosol nasal CIII para uso intranasal

SYMTUZA^{®†} (darunavir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir alafenamide) comprimidos

TALVEY^{®†} (talquetamab-tgvs) inyección para uso subcutáneo

TECVAYLI^{®†} (teclistamab-cqyv) inyección para uso subcutáneo

XARELTO^{®†} (rivaroxaban) comprimidos o suspensión oral

YONDELIS^{®*} (trabectedin) inyección para uso intravenoso

¿Cuáles son los requisitos de ingresos para los medicamentos elegibles?

Tamaño de la unidad familiar/familia	Límite de ingresos del programa 2025
1	\$45,180
2	\$61,320
3	\$77,460
4	\$93,600
5	\$109,740
6	\$125,880
7	\$142,020
Por cada persona mayor de 7 años, agregar	\$16,140

* Consulte la Información importante de seguridad y la Información de prescripción completa disponible en [JNJwithMe.com](https://www.jnjwithme.com).

† Consulte la Información importante de seguridad, incluido el RECUADRO DE ADVERTENCIA(S) y la Información de prescripción completa disponible en [JNJwithMe.com](https://www.jnjwithme.com).

¿Cuáles son las opciones de inscripción?



INSCRIPCIÓN POR FAX

Descargue una copia del Formulario de inscripción al para asistencia al paciente

- Los pacientes/cuidadores y sus proveedores de atención médica tendrán que completar el formulario
- Reúna los documentos de apoyo requeridos
 - Tarjetas de seguro, prueba de ingresos y/o informes de gastos de recetas médicas
- Envíe por fax el formulario lleno y la documentación de respaldo al **833-512-0497**



INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Disponible para AKEEGA® (niraparib and abiraterone acetate)*, DARZALEX® (daratumumab)*, DARZALEX FASPRO® (daratumumab and hyaluronidase-fihj)*, ERLEADA® (apalutamide)*, RYBREVAANT® (amivantamab-vmjw)* y XARELTO® (rivaroxaban)†

Para proveedores

Para completar la inscripción en nombre del paciente, deberá tener a mano lo siguiente:

- Requisitos de elegibilidad del paciente
- Información del paciente
- Información del seguro
- Información de la receta médica
- Autorización del paciente o Acuerdo de socio comercial

Para pacientes y cuidadores

Para completar la inscripción, deberá tener a mano lo siguiente:

- Información de su seguro
- Información del proveedor de atención médica
- Formulario de inscripción para asistencia al paciente‡

‡ Importante: Para procesar su inscripción, la información de la receta médica debe completarse en el Formulario de inscripción para asistencia al paciente y debe tener la firma de su médico. Este formulario puede descargarse [aquí](#) y cargarse durante el proceso de inscripción o enviarse por fax al 833-512-0497.

Siguientes pasos: Determinaremos la cobertura del seguro del paciente y verificaremos la elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson. Proporcionaremos actualizaciones tanto a los pacientes como a sus proveedores de atención médica sobre el estado de la inscripción. Para obtener más información sobre otras ofertas de J&J, visite [JNJwithMe.com](https://www.JNJwithMe.com).

* Consulte la Información importante de seguridad y la Información de prescripción completa disponible en [JNJwithMe.com](https://www.JNJwithMe.com).

† Consulte la Información importante de seguridad, incluido el RECUADRO DE ADVERTENCIA(S) y la Información de prescripción completa disponible en [JNJwithMe.com](https://www.JNJwithMe.com).

¿Cuáles son los términos y condiciones para los pacientes?

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE JOHNSON & JOHNSON

Es posible que sea elegible para recibir sus medicamentos de Johnson & Johnson (J&J) 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 sin costo de J&J si su seguro médico cubrirá el costo de su medicamento recetado por J&J si se niega esta solicitud. Algunos empleadores, aseguradoras y otras compañías obligan a los pacientes a solicitar los fármacos médicamente necesarios a programas de productos gratuitos, en lugar de cubrir dichos medicamentos de manera directa e inmediata a través de un seguro, lo que puede 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 una 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 los 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 y/u otra información, incluida la información relacionada con su seguro de medicamentos con receta y su tratamiento. Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. y sus proveedores de servicios utilizarán esta información para determinar su elegibilidad, inscribirlo y administrar el programa. El uso de su información se registrará por nuestra [Política de privacidad](#).

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 (Explanation of Benefits, EOB) de su aseguradora para comprobar sus gastos de bolsillo para el año en curso. Además, si sus ingresos son iguales o inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza (FPL), deberá demostrar que no es elegible para el subsidio por bajos ingresos (LIS).

Esta oferta del programa no puede 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 prohibida, gravada o limitada 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 poner fin a su participación en el programa en cualquier momento llamando al 833-742-0791, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M. hora del Este.



SUBMISSION ID: 5168164
DATE OF TRANSLATION: 06-Jan-2025
ELECTRONIC FILE NAME: cp-433689v2-52729ID08AA-PTNT-AST-PRG-DGTL_es-US
EN US SOURCE CP# cp-350342v12
EN US TARGET CP# cp-433689v2
SOURCE LANGUAGE: English (United States)
TARGET LANGUAGE: Spanish (United States)
TRANSPERFECT JOB ID: US1990784

TransPerfect is globally certified under the standards ISO 9001:2015, ISO 17100:2015, and ISO 18587:2017. This Translation Certificate confirms the included documents have been completed in conformance with the Quality Management System documented in its ISO process maps and are, to the best knowledge and belief of all TransPerfect employees engaged on the project, full and accurate translations of the source material.

TRANSPERFECT TRANSLATIONS INTERNATIONAL, INC.
TRANSPERFECT GLOBAL HQ
1250 BROADWAY, 7TH FLOOR, NEW YORK, NY 10001

TCert v. 4.0

Authorized Signature:

Victoria Vanderveer

Victoria Vanderveer (Jan 6, 2025 11:27 CST)

Name: Victoria Vanderveer

Title: Project Manager

Date: January 06, 2025