



## Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology

### El Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology\* está aquí para ayudar

Si su paciente no tiene seguro o el medicamento recetado no está cubierto, el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Takeda Oncology puede proporcionar a los pacientes elegibles un suministro mensual de **ALUNBRIG® (brigatinib)**, **FRUZAQLA™ (fruquintinib)**, **ICLUSIG® (ponatinib)** o **NINLARO® (ixazomib)** sin costo alguno para el paciente. Los pacientes deben cumplir con determinados criterios económicos y de cobertura del seguro para ser elegibles.

Consulte la [ficha de información técnica](#) completa de ICLUSIG® que se adjunta, incluido el recuadro de advertencia.

**Phyllis**  
Paciente de Takeda Oncology  
Here2Assist®



Para obtener más información, llámenos al 1-844-817-6468, opción 2, o visite [www.Here2Assist.com](http://www.Here2Assist.com). **Hablemos.** Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

\*Se aplican los términos y las condiciones.

Hans  
Paciente de Takeda Oncology  
Here2Assist®



## Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology

### Cómo inscribir a un paciente en el Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology\*

**1. COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN** con su paciente. Use la lista de verificación a continuación para asegurarse de que toda la información requerida en el formulario esté completa.

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Seleccione el producto   | 5. <input type="checkbox"/> Información de seguro actual del paciente                               |
| 2. <input type="checkbox"/> Información del profesional que receta                                     | 6. <input type="checkbox"/> Declaración de necesidad médica   |
| 3. <input type="checkbox"/> Información del paciente   | 7. <input type="checkbox"/> Autorización del paciente (se requiere la firma original)               |
| 4. <input type="checkbox"/> Información económica del paciente (verificación de ingresos) <sup>†</sup> | 8. <input type="checkbox"/> Autorización del profesional que receta (se requiere la firma original) |

**2. FIRME Y FECHÉ** el formulario. Se requiere la autorización del profesional que receta y del paciente (o representante legal) expresada en forma de una firma original después de revisar las secciones de autorización del profesional que receta y del paciente. También se requiere la firma original del paciente (o de un representante legal) en la sección de inscripción en el programa.

**IMPORTANTE: Se requieren las firmas originales.**

Por favor, asegúrese de que se incluyan las firmas originales del profesional que receta y del paciente (o del representante legal). Las firmas estampadas no se aceptarán. Las solicitudes que no incluyan las firmas originales no se pueden procesar, y la inscripción de su paciente puede retrasarse.

**3. ENVÍE POR FAX** el formulario de solicitud completo y firmado junto con una **receta válida** a Takeda Oncology Here2Assist® al 1-844-269-3038.

**IMPORTANTE: La receta es válida únicamente si se recibe por fax.**

**NOTA:** Por favor, no envíe registros médicos ni otra documentación del paciente que no se haya solicitado.

### Qué esperar después de la inscripción

Si su paciente califica, puede estar inscrito por un máximo de 1 año. En el momento de la inscripción, un administrador de casos de Takeda Oncology Here2Assist los notificará a usted y a su paciente. Se le entregará 1 mes de un suministro de medicamentos a su paciente sin costo alguno para él. Cada mes, un administrador de casos de Takeda Oncology Here2Assist confirmará su paciente que aún sigue en tratamiento y que es elegible para recibir otro mes de suministro de medicamentos.

**Para obtener más información, llámenos al 1-844-817-6468, opción 2, o visite [www.Here2Assist.com](http://www.Here2Assist.com).**

**Hablemos.** Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

\*Para ser elegibles para el Programa de Asistencia al Paciente, los pacientes deben cumplir determinados criterios financieros y de cobertura de seguro. Se debe enviar una solicitud para el Programa de Asistencia al Paciente para confirmar la elegibilidad del paciente.

<sup>†</sup>Para permitir un procesamiento más rápido, Takeda Oncology Here2Assist puede realizar una verificación electrónica de ingresos. Esto NO tendrá efecto en su puntaje/calificación crediticia. Esta información se usará únicamente para determinar las calificaciones financieras para el Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology.

**PRODUCTO (seleccione uno)**

¿El paciente está hospitalizado?

Sí  No

- ALUNBRIG® (brigatinib)       FRUZAQLA™ (fruquintinib)  
 ICLUSIG® (ponatinib)       NINLARO® (ixazomib)

Consulte la [ficha de información técnica completa de ICLUSIG®](#) que se adjunta, incluido el recuadro de advertencia.

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA**

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio médico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Contacto con el consultorio principal: \_\_\_\_\_  
 N.º de licencia del estado: \_\_\_\_\_ N.º de identificador de proveedor nacional: \_\_\_\_\_ N.º de proveedor de Medicaid/Medicare: \_\_\_\_\_ Contacto de reembolso: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
 Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Sexo\*:  Masculino  Femenino  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Móvil: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

**INFORMACIÓN DE SU SOCIO DE ATENCIÓN**

Complete esta sección si desea que Takeda Oncology Here2Assist® se comuniquen respecto del programa principalmente con su socio de atención en su nombre.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Móvil: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

**INFORMACIÓN ECONÓMICA**

**Información económica:** Documentación sobre ingresos adjunta (Formularios 1040 del Servicio de Impuestos Internos [Internal Revenue Service, IRS], formulario W-2, carta de Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], ingresos del Seguro Social por discapacidad [Social Security Disability Income, SSDI], desempleo, indemnización laboral, etc.)  Sí  No  
 Cantidad de personas en el grupo familiar (incluido el paciente): \_\_\_\_\_ Ingresos brutos familiares anuales: \_\_\_\_\_

- Deseo que Takeda Oncology Here2Assist realice una verificación electrónica de ingresos, que incluirá una verificación crediticia sin afectar el puntaje para determinar los ingresos familiares.  
 Comprendo que, mediante el presente, estoy proporcionando "instrucciones escritas", según la Ley Federal de Informe Imparcial de Crédito (FCRA), autorizando a Takeda Oncology Here2Assist y a sus proveedores a obtener un informe de consumidor u otra información acerca de mí de (el proveedor) para determinar mi elegibilidad financiera para el Programa de Asistencia al Paciente Takeda Oncology Here2Assist. Comprendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para proceder con este proceso de evaluación financiera para Takeda Oncology Here2Assist.

La información a continuación será utilizada para determinar la elegibilidad del paciente. Los pacientes deben cumplir con determinados criterios económicos y de cobertura del seguro. Por favor, no envíe registros médicos ni otra documentación del paciente que no se haya solicitado.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO ACTUAL**

Por favor adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente. Incluya información médica y de la farmacia si está disponible.

Tipo de seguro:  Medicare  Medicaid  Privado/Comercial  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Su paciente tiene beneficios de la Administración de Veteranos?  Sí  No ¿Su paciente pertenece a una tribu reconocida a nivel federal?  Sí  No  
 ¿Su paciente tiene alguna discapacidad?  Sí  No ¿Su paciente tiene Medicare?  Sí  No  
 Nombre de la aseguradora principal: \_\_\_\_\_ Teléfono de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza (nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de código para fármaco de la receta (RX BIN): \_\_\_\_\_ N.º de control del procesador de la receta (RX PCN): \_\_\_\_\_  
 Nombre de la aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_ Teléfono de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza (nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de código para fármaco de la receta (RX BIN): \_\_\_\_\_ N.º de control del procesador de la receta (RX PCN): \_\_\_\_\_  
 El paciente no tiene seguro  El seguro del paciente está pendiente con (incluir el nombre de la aseguradora aquí): \_\_\_\_\_  
 Receta válida adjunta (se debe enviar por fax con la solicitud)

**DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA**

Código ICD-10: \_\_\_\_\_

\* Takeda y sus socios reconocen que es posible que los pacientes no se identifiquen como hombres o mujeres. Sin embargo, muchas compañías de seguros aún requieren que se utilice uno de los campos para cada uno de sus miembros. Indique el sexo registrado en la compañía de seguros del paciente.



**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA TAKEDA ONCOLOGY HERE2ASSIST®**

Comprendo que Takeda Oncology Here2Assist es un servicio de asistencia de recetas que ofrece Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc. ("Takeda") para ayudar a que los pacientes elegibles a quienes les han recetado medicamentos de Takeda Oncology, puedan obtener asistencia económica y acceder a otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist.\*

Autorizo a mis proveedores de atención médica, a la farmacia y a los planes de salud a compartir mi información médica y personal, incluida la información sobre mi seguro, las recetas, la afección médica y el estado de salud ("información médica protegida") con Takeda y sus afiliados actuales o futuros, incluyendo los afiliados y los proveedores de servicios que trabajan en nombre de Takeda Oncology Here2Assist (en conjunto, "Grupo Takeda") para 1) obtener información sobre la cobertura del seguro para mi medicamento indicado por el médico profesional que receta, mencionado anteriormente; 2) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud u otros programas solicitados; 3) coordinar el cumplimiento de la prescripción del medicamento indicado por el médico profesional que receta, mencionado anteriormente; 4) facilitar mi acceso a Takeda Oncology Here2Assist y a otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist; 5) administrar Takeda Oncology Here2Assist y otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist; 6) brindarme recordatorios de cumplimiento y apoyo; 7) comunicarse conmigo para evaluar la efectividad de Takeda Oncology Here2Assist y otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist; 8) comunicarse conmigo para realizar una investigación de mercado y para acordar la entrega de materiales educativos, promocionales o de marketing sobre Takeda Oncology Here2Assist y otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist, y otros productos y servicios de Takeda Oncology y 9) comunicarse conmigo para los fines comerciales internos

de Takeda, incluyendo el control de calidad y la evaluación en conexión con Takeda Oncology Here2Assist y otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist, así como otros productos y servicios de Takeda Oncology.

Comprendo que mi farmacia, compañías de seguro de salud y terceros proveedores pueden recibir remuneración (pago) del Grupo Takeda a cambio de procesar mi información médica protegida para facilitar el servicio de asistencia para recetas, asistencia económica o para brindarme acceso a los servicios de apoyo para los fines antes indicados en esta autorización del paciente.

Comprendo que una vez que mi información médica protegida se divulgue, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad. Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. También puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-844-817-6468 o escribiendo a PO Box 501847, San Diego, CA 92150-1847. Si no firmo esta autorización, comprendo que mi elegibilidad para recibir los beneficios del plan de salud y el tratamiento de mi médico no cambiará, pero ya no seré elegible para participar en Takeda Oncology Here2Assist ni en otros programas de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist, u otros programas y servicios de Takeda Oncology. Si revoco esta autorización, el Grupo Takeda dejará de usar o compartir mi información médica protegida (excepto según sea necesario para finalizar mi participación en Takeda Oncology Here2Assist), pero mi revocación no afectará los usos y las divulgaciones de mi información médica protegida anteriormente divulgada en función de esta autorización. Comprendo que esta autorización por escrito continuará estando en vigencia durante 1 año a partir de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes o que se requiera un período más breve conforme a las leyes estatales. Comprendo que puedo recibir una copia de esta autorización. \*Se aplican restricciones.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA AL PACIENTE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Al firmar este formulario y aceptar los beneficios del programa, certifico que la información que proporcioné en este formulario, incluyendo la información relacionada con mis ingresos y mi estado de seguro, es verdadera y está completa. Comprendo que Takeda, o un proveedor que use Takeda para realizar el Programa de Asistencia al Paciente, puede comunicarse conmigo para verificar cualquier información que haya proporcionado, y que mi participación en el programa se cancelará si en el programa se enteran de algún fraude o si este medicamento ya no me es recetado. Certifico que no obtendré reembolsos ni crédito de ninguna aseguradora privada, o programa gubernamental de atención médica por el medicamento de Takeda Oncology provisto en virtud del PAP, ni venderé o comercializaré el medicamento de Takeda Oncology provisto en virtud del PAP. Si me inscribo en un plan de Medicare Parte D, certifico que no intentaré que esta receta o ningún costo asociado con ella se cuenten como parte de mis cálculos verdaderos de bolsillo (true out-of-pocket, "TrOOP"). Reconozco y comprendo que no estoy obligado de ninguna manera a comprar el medicamento de Takeda Oncology recetado ni ningún otro producto fabricado por Takeda ya sea antes o después de que se me proporcione el medicamento Takeda Oncology recetado en virtud del PAP. Comprendo que Takeda puede modificar o finalizar el PAP en cualquier momento.

**Certifico que soy el paciente que firma este formulario.**

**FIRME AQUI** Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Certifico que he sido seleccionado personalmente por el paciente como su representante legal.**

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA**

Al firmar este formulario, certifico que, a mi leal saber y entender, la información provista anteriormente es actual, precisa y está completa. Certifico que el medicamento de Takeda Oncology recetado es necesario desde el punto de vista médico para este paciente y ejercí mi juicio médico independiente al emitir esta receta para el paciente antes mencionado, y la receta cumple todas las leyes locales y estatales aplicables. Asimismo, certifico que no obtendré reembolsos ni créditos de ninguna aseguradora, plan de atención médica o programa gubernamental, ni intentaré vender, intercambiar o devolver a cambio de crédito ningún medicamento de Takeda Oncology proporcionado en virtud de este programa. Comprendo que no estoy obligado a recetar o comprar el medicamento recetado ni ningún otro producto fabricado por Takeda, y certifico que no he recibido ningún objeto de valor de Takeda o sus agentes o representantes por recetar un producto de Takeda.

**FIRME AQUI** Firma del profesional que receta: (no se permiten sellos) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN profesionales que recetan en el estado de Nueva York:** Los profesionales que recetan en el estado de Nueva York deben presentar una receta en un recetario original del estado de Nueva York. Para todos los demás estados, si no se envía por fax, la receta debe estar en un recetario específico del estado si corresponde para su estado.

**NOTA:** Se requiere la autorización del paciente para inscribirse en Takeda Oncology Here2Assist®. Si no se obtiene la autorización del paciente antes de presentar el formulario de inscripción, el profesional que receta autoriza a Takeda a enviar un correo electrónico al paciente para que la complete.

**TAKEDA ONCOLOGY HERE2ASSIST® CONSENTIMIENTO PARA COMERCIALIZACIÓN**

He leído, comprendo y acepto el uso de mi información personal para los fines descritos a continuación.

Marque esta casilla si desea inscribirse en la comunicación a través de mensajes de texto, como se describe a continuación

**Autorizo el uso de mi información personal para actividades de comercialización de Takeda y acepto recibir comunicación de comercialización y promocional de parte de Takeda. Además, autorizo al programa a anonimizar mi información médica y a usarla en la realización de estudios de investigación, incluso a vincularla con otra información anonimizada que el programa reciba de otras fuentes, educación, análisis empresarial y de comercialización u otros fines comerciales. Por el presente, acepto que Takeda, sus filiales y sus agentes y representantes me envíen comunicaciones e información a través de la información de contacto que proporcioné. Se puede usar el marcado automático. Se pueden aplicar tarifas de datos, mensajes y operadores. Comprendo que no se requiere que otorgue este consentimiento como una condición de compra de bienes o servicios.**

**Certifico que soy el paciente que firma este formulario.**



**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Certifico que he sido seleccionado personalmente por el paciente como su representante legal.**

**Firma del representante legal:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE MENSAJES DE TEXTO DE TAKEDA ONCOLOGY HERE2ASSIT**

Al aceptar estos Términos y condiciones de mensajes de texto de Takeda Oncology Here2Assist (el "Programa"), acepta recibir mensajes de texto en su dispositivo móvil sujeto a los Términos y condiciones que se describen a continuación. También acepta mensajes de texto del Programa o en nombre del Programa al número de teléfono proporcionado. Comprende que este consentimiento no es una condición de compra ni uso del Programa ni de ningún producto o servicio de Takeda Oncology.

Los participantes recibirán recordatorios y actualizaciones de estado a través de mensajes de texto mientras estén inscritos en el Programa. Dichos mensajes pueden ser mensajes que no tengan fines de comercialización relacionados con el Programa de Asistencia al Paciente.

No existen cargos pagaderos a Takeda por recibir mensajes de texto. Sin embargo, se pueden aplicar tarifas de datos y mensajes de su operador.

Usted garantiza que es el titular de la cuenta de los números de teléfono móvil que proporciona para inscribirse en el Programa. Usted es responsable de notificar a Takeda de inmediato si cambia su número de teléfono móvil. Puede notificar a Takeda acerca de un cambio de número llamando al 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Los datos que nos proporciona en relación con su inscripción y uso de este servicio de SMS pueden incluir su número de teléfono o dirección de correo electrónico, información relacionada con su operador y elementos de información de reclamos de farmacia, y se usarán para administrar este Programa y proporcionar beneficios del Programa como información sobre sus recetas, recordatorios de resurtido, así como actualizaciones y alertas del Programa.

Takeda no será responsable de ninguna demora en la recepción de los mensajes SMS, ya que la entrega está sujeta a una transmisión efectiva por parte de su operador de red.

Este Programa es válido con la mayoría de los operadores de EE. UU., entre ellos, Verizon Wireless, Sprint, Nextel, Boost Mobile, T-Mobile, AT&T,

Alltel, ACS Wireless, Bluegrass Cellular, Carolina West Wireless, Cellcom, Cellular One of East Central Illinois (ECIT), Cincinnati Bell, Cricket, C-Spire Wireless, Duet IP (AKA Max/Benton/Albany), Element Mobile, Epic Touch, GCI Communications, Golden State, Hawkeye (Chat Mobility), Hawkeye (NW Missouri Cellular), Illinois Valley Cellular (IVC), Inland Cellular, iWireless, Keystone Wireless (Immix/PC Management), MetroPCS, MobiPCS, Mosaic, MTPCS/Cellular One (Cellone Nation), Nex-Tech Wireless, nTelos, Panhandle Telecommunications, Pioneer, Plateau, Revol Wireless, Rina-Custer, Rina-All West, Rina-Cambridge Telecom Coop, Rina-Eagle Valley Comm, Rina-Farmers Mutual Telephone Co, Rina-Nucla Nutria Telephone Co, Rina-Silver Star, Rina-South Central Comm, Rina-Syringa, Rina-UBET, Rina-Manti, Simmetry, South Canaan/CellularOne of NEPA, Thumb Cellular, Union Wireless, United Wireless, U.S. Cellular, Viaero Wireless, Virgin Mobile and West Central Wireless (incluye Five Star Wireless).

Es posible que Takeda deba contactar al usuario si se informa de un evento adverso.

Acepta indemnizar completamente a Takeda y a cualquier tercero que envíe mensajes de texto en su nombre por todos los reclamos, gastos y daños relacionados o causados, en su totalidad o en parte, por su omisión de notificación inmediata al Programa si cambia su número de teléfono, incluyendo, sin carácter restrictivo, todos los reclamos, gastos y daños relacionados o que surjan en virtud de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico.

Takeda se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa sin previo aviso, en cualquier momento.

Puede cancelar la suscripción a este Programa enviando un mensaje de texto con la palabra STOP. Si tiene preguntas, llame a Takeda Oncology Here2Assist al 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

The logo features a stylized icon on the left composed of three overlapping triangles: a blue triangle at the top, a yellow triangle at the bottom left, and a red triangle at the bottom right. To the right of the icon, the text "Takeda Oncology" is written in a bold, red, sans-serif font. Below it, the text "Here2Assist" is written in a bold, black, sans-serif font, with the "2" in red and a registered trademark symbol (®) at the end.

# Takeda Oncology Here2Assist®

TAKEDA® y el logotipo de TAKEDA® son marcas comerciales registradas de Takeda Pharmaceutical Company Limited.  
NINLARO®, HERE2ASSIST® y el logotipo de HERE2ASSIST® son marcas comerciales registradas de Millennium  
Pharmaceuticals, Inc. ALUNBRIG® e ICLUSIG® son marcas comerciales registradas de ARIAD Pharmaceuticals, Inc.  
FRUZAQLA es una marca comercial registrada de HUTCHMED Group Enterprises Limited, usada bajo licencia.  
©2024 Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc.  
Todos los derechos reservados. 03/24 USO-XMP-0435



ONCOLOGY