Takeda Oncology
Here2Assist®

Formulario de inscripción

¿Tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en nuestro programa de apoyo?
Tenemos las respuestas.

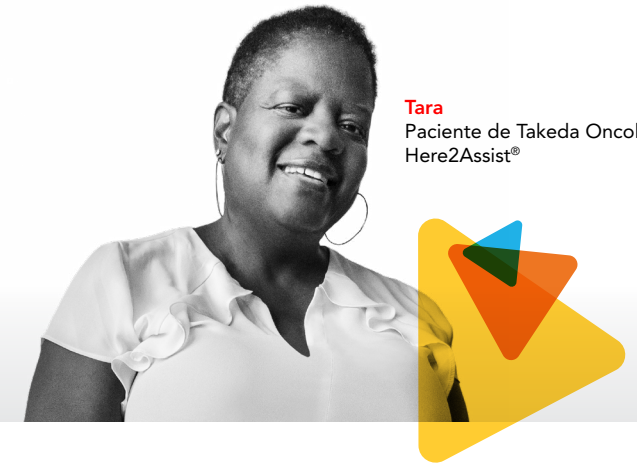
Hablemos. Llámenos al 1-844-817-6468, opción 2. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

www.Here2Assist.com

Daryl
Paciente de Takeda Oncology Here2Assist®

Takeda Oncology Here2Assist® es un programa integral de apoyo que está comprometido a ayudar a que los pacientes conozcan los requisitos de cobertura, identifiquen la asistencia económica disponible y se conecten con los recursos útiles durante su tratamiento. Los pacientes a los que se les receta **ALUNBRIG® (brigatinib)**, **FRUZAQLA® (fruquintinib), ICLUSIG® (ponatinib)** o **NINLARO® (ixazomib)** son elegibles para inscribirse en este programa.

Consulte la Información de prescripción completa de ICLUSIG® que se adjunta, incluido el Recuadro de advertencia.



Tara
Paciente de Takeda Oncology Here2Assist®

Takeda Oncology Here2Assist®

Formulario de inscripción

Cómo inscribir a un paciente en Takeda Oncology Here2Assist®

1. **COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN** con su paciente, incluyendo la selección del producto, la información del profesional que receta, la información del paciente, la información del seguro actual, la declaración de necesidad médica, la preferencia de farmacia y la solicitud de receta.

2. **FIRME Y FECHE** 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 completo y firmado junto con una copia de la tarjeta de seguro y la receta de su paciente 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

Después de que se reciba y procese el formulario de inscripción de su paciente, un administrador de casos de Takeda Oncology Here2Assist realizará una verificación de beneficios para determinar la cobertura de recetas del paciente y los posibles costos de bolsillo. Takeda Oncology Here2Assist completará una verificación de beneficios dentro de los 2 días hábiles.*

Takeda Oncology Here2Assist ofrece apoyo adicional

Takeda Oncology Here2Assist puede ofrecer apoyo adicional a los pacientes que no tienen seguro; o bien, que tienen seguro pero no tienen cobertura para el medicamento recetado de Takeda Oncology. Obtenga más información sobre el **Programa de Asistencia al Paciente**† en **www.Here2Assist.com** o llame al **1-844-817-6468**, opción 2.

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

*La verificación de beneficios no es garantía de pago y no reemplaza la información de póliza escrita.
†Se requiere la inscripción al programa por separado. Se aplican los términos y condiciones.

Takeda Oncology Here2Assist®

Envíe un fax al 1-844-269-3038 o **llame al** 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Formulario de inscripción

PRODUCTO (seleccione uno)

¿El paciente está hospitalizado?
■ Sí ■ No

❑ **ALUNBRIG®** (brigatinib)
❑ **ICLUSIG®** (ponatinib)
❑ **NINLARO®** (ixazomib)
❑ **FRUZAQLA®** (fruquintinib)

Consulte la ficha de información técnica completa de ICLUSIG® que se adjunta, incluido el recuadro de advertencia.

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Nombre (primer 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 (primer 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 comunique 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 DEL SEGURO ACTUAL

Por favor, adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente. Incluya la 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): _____

*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.

Takeda Oncology Here2Assist®

Envíe un fax al 1-844-269-3038 o **llame al** 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Formulario de inscripción

DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Código ICD-10:_____

PREFERENCIA DE FARMACIA (seleccione una)

❑ Nombre de la farmacia especializada:_____ ❑ Entrega en el consultorio ❑ Ninguna preferencia de farmacia

Para obtener una lista de farmacias especializadas de la red de Takeda Oncology Here2Assist®, visite **www.Here2Assist.com/hcp/distribution-and-fulfillment**.

SOLICITUD DE RECETA: Para permitir que se envíen los medicamentos a su paciente, la información de la receta debe estar completa y ser precisa.

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA):_____

PRODUCTO (seleccione uno)	DOSIFICACIÓN	INSTRUCCIONES	ENTREGA	REABASTECIMIENTOS (seleccione uno)
❑ **ALUNBRIG® (brigatinib) en comprimidos**	**Paquete inicial (solo para pacientes nuevos)** ❑ **90 mg por vía oral una vez al día durante 7 días, luego 180 mg por vía oral una vez al día durante 23 días.** *Completar las instrucciones de dosificación para los reabastecimientos subsiguientes de brigatinib a continuación.*			
	Reabastecimientos posteriores ____ mg		Suministro de ____ días	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ Otro ____
❑ **FRUZAQLA® (fruquintinib) cápsulas**	____ mg		Suministro de ____ días	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ Otro ____
❑ **ICLUSIG® (ponatinib) en comprimidos**	____ mg		Suministro de ____ días	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ Otro ____
❑ **NINLARO® (ixazomib) cápsulas**	____ mg		Suministro de ____ días	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ Otro ____

AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Al firmar este formulario, certifico que, a mi leal saber y entender, el tratamiento seleccionado anteriormente es necesario desde el punto de vista médico para el paciente identificado en esta solicitud ("Paciente") y que la información provista es actual, precisa y está completa. Con mi firma, también reconozco que he recibido del Paciente, o de su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, de acuerdo con las leyes/reglamentos federales y estatales aplicables, la información médica y/u otra información del paciente referenciada, relacionada con el tratamiento recetado anteriormente, a Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc., incluidos sus afiliados, socios comerciales, agentes y contratistas actuales y futuros, con el fin de ayudar al paciente a obtener cobertura para el tratamiento recetado anteriormente y/o para ayudar al paciente a iniciar o continuar el tratamiento recetado anteriormente. Certifico que la receta cumple todas las leyes locales y estatales aplicables. Autorizo a Takeda Oncology Here2Assist a transmitirle esta receta a la farmacia que entrega el medicamento.

FIRME AQUÍ **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®

Envíe un fax al 1-844-269-3038 o llame al 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Formulario de inscripción

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.*

Al firmar la sección de Autorización del paciente de este formulario de inscripción de Takeda Oncology Here2Assist, autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, proveedor de farmacia u otro proveedor de atención médica (en conjunto, "Proveedores") a divulgar mi información médica protegida, incluida la información personal relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y en cualquier receta ("Información"), a Takeda Pharmaceutical Company Limited, sus filiales y representantes, agentes, y contratistas (en conjunto, la "Compañía" o "Takeda") en relación con el suministro de productos, suministros o servicios por parte de la Compañía. Comprendo que la Compañía proporcionará esta Información a una farmacia especializada para que surta la receta. Esta información también puede usarse con fines internos por parte de la Compañía, incluido el análisis de datos. Además, comprendo que mi médico, mi seguro médico y mis proveedores de farmacia pueden recibir remuneración financiera de las Compañías por proporcionar información médica protegida, que puede utilizarse con fines de comercialización.

Además, la Compañía puede usar esta Información para los servicios del Programa de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist ("Servicios") (si estoy de acuerdo a continuación), como la verificación de los beneficios del seguro y la cobertura de fármacos, el apoyo con autorización previa, la ayuda financiera con copagos, los programas de asistencia al paciente, fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados, comunicación conmigo o con mi médico que receta por correo, correo electrónico, o por teléfono sobre mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, información sobre productos y seguro médico.

Entiendo que, una vez divulgada a la Compañía, mi información médica personal divulgada conforme a esta Autorización ya no contará con la protección de la ley federal de privacidad, incluida la HIPAA. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-844-817-6468 o enviando una notificación de revocación por escrito al Programa de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist, 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067. Comprendo que dicha revocación no se aplicará a ninguna información ya utilizada o divulgada a través de esta Autorización. Esta Autorización vencerá en un plazo de cinco (5) años a partir de la fecha de hoy, a menos que la ley estatal establezca un período más corto.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que negarme a firmar no cambiará la forma en que mi médico, mi seguro médico y mis proveedores de farmacia me traten. También comprendo que si no firmo esta Autorización, no podré recibir los productos, suministros o servicios del Programa de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist.

*Se aplican restricciones.

Autorización del paciente para Takeda Oncology Here2Assist

He leído, comprendo y acepto la divulgación de mi información médica protegida según lo descrito anteriormente.

FIRME AQUÍ **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** _____

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

Firma del representante legal: _____ **Relación:**_____ **Fecha:** _____

Takeda Oncology Here2Assist®

Envíe un fax al 1-844-269-3038 o llame al 1-844-817-6468, opción 2, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Formulario de inscripción

INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE DE TAKEDA ONCOLOGY HERE2ASSIST®

Inscripción en el Programa de apoyo al paciente
Elijo inscribirme en los Servicios y dirigir todas las divulgaciones de mi Información en relación con dichos Servicios (que pueden incluir, entre otros, la verificación de los beneficios del seguro y la cobertura de fármacos, el apoyo con autorización previa, la ayuda financiera con copagos, los programas de asistencia al paciente, fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados, comunicación conmigo o con mi médico que receta por correo, correo electrónico, o por teléfono sobre mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, información sobre productos y seguro médico).

Inscripción en la comunicación a través de mensajes de texto para los servicios del Programa de apoyo al paciente
Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados y recurrentes del Programa de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist, incluidas actualizaciones de servicio, asistencia para la inscripción, recordatorios de reposición y mensajes educativos al número móvil proporcionado. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP para obtener ayuda. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP para dejar de recibir los mensajes. El consentimiento para recibir mensajes SMS no es una condición para la compra de bienes o servicios. Consulte los términos y condiciones para las comunicaciones a través de mensajes de texto a continuación y el Aviso de privacidad de Takeda (https://www.takeda.com/privacy-notice/).

❑ **Sí, acepto recibir los mensajes de texto. Número de teléfono móvil: _____**
❑ **No, no otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto**

Consentimiento para la comercialización y el uso de datos anonimizados
Al marcar esta casilla, autorizo el uso de mi información para actividades de comercialización de Takeda y acepto recibir comunicaciones de comercialización y promocional de parte de Takeda. 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 anteriormente. 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. Entiendo que este consentimiento estará en vigor hasta que cancele dicha autorización.

❑ **Sí, acepto recibir los mensajes de texto.**
❑ **No, no otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones promocionales y de marketing**

Inscripción en el Programa de apoyo al paciente de Takeda Oncology Here2Assist
He leído, comprendo y acepto el uso de mi información personal para los fines descritos anteriormente.

FIRME AQUÍ **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 ACUERDO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES DE TEXTO (OPCIONAL)

Los mensajes de texto del Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology Here2Assist son mensajes automáticos recurrentes del programa, que pueden incluir actualizaciones de servicios, asistencia para la inscripción, recordatorios de reposición y mensajes educativos. 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 recibir llamadas automáticas y/o pregrabadas y/o mensajes de texto de o en nombre del Programa en el número de teléfono facilitado anteriormente. Comprende que este consentimiento no es una condición de compra ni uso del Programa ni de ningún producto o servicio de Takeda. Puede cancelar su suscripción a la recepción de mensajes de texto enviando un mensaje de texto con la palabra STOP. Usted seguirá inscrito en el Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology Here2Assist. Si tiene preguntas sobre este programa, envíe un mensaje de texto con la palabra HELP o comuníquese con el centro de atención al cliente al 1-844-817-6468. La frecuencia de los mensajes varía. Dichos mensajes pueden ser mensajes no para fines de comercialización relacionados con el Programa de Asistencia al Paciente. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. 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. 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 reabastecimiento, así como actualizaciones y alertas del Programa. No se compartirá la información de ninguna aplicación móvil con terceros ni filiales para fines promocionales o de marketing. Podemos ofrecer nuestros servicios en la mayoría de los operadores principales y secundarios: Verizon, Sprint, AT&T, T-Mobile y MetroPCS. Si no está seguro de si su operador admite códigos cortos, comuníquese directamente con su proveedor de servicios inalámbricos. Los operadores no son responsables de los mensajes retrasados o no enviados. Visite el Aviso de privacidad de Takeda (https://www.takeda.com/privacy-notice/) o comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

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.
©2025 Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc.
Todos los derechos reservados. 03/25 US-XMP-0334

Takeda | ONCOLOGY

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.
©2025 Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc.
Todos los derechos reservados. 03/25 US-XMP-0334

Takeda | ONCOLOGY