



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 (Patient Assistance Program, 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 [Información de prescripción 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. **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"/> Producto seleccionado | 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) [†] | 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.

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.

[†]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 **Información de prescripción** 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 ECONÓMICA

Información económica: Documentación sobre ingresos adjunta (Formularios 1040 más recientes del Servicio de Impuestos Internos [Internal Revenue Service, IRS], formulario W-2, carta de Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], ingreso del seguro social por discapacidad [Social Security Disability Income, SSDI], desempleo, indemnización laboral, etc.) Sí No

Cantidad de personas en el hogar (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, por el presente, estoy proporcionando "instrucciones escritas", según la Ley Federal de Informe Imparcial de Crédito (Fair Credit Reporting Act, 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 de 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 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): _____
 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 asistencia 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 Asistencia 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 Asistencia 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 Servicios de Takeda. No podré recibir los productos, suministros o servicios del Programa de Asistencia al Paciente de Takeda Oncology Here2Assist.

*Se aplican restricciones.

SOLICITUD DE ASISTENCIA AL PACIENTE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización del paciente para Takeda Oncology Here2Assist®
 He leído, comprendo y acepto la divulgación de mi información médica protegida según lo descrito anteriormente.

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, 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 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.

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

Inscripción en el Programa de Asistencia 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 Asistencia al Paciente

Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados y recurrentes del Programa de Asistencia 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 en www.here2assist.com/textingprogram 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 Asistencia al Paciente de Takeda Oncology Here2Assist

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



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: 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. 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. 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.

The logo features a stylized icon on the left composed of three overlapping triangles: a blue triangle pointing right, a yellow triangle pointing right, and a green triangle pointing left. 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. A registered trademark symbol (®) is located at the end of "Assist".

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. 06/25 US-XMP-0333



ONCOLOGY