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 ficha de información técnica 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, información del seguro actual, declaración de necesidad médica, preferencia de farmacia y 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.

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 para los pacientes que experimentan un retraso en la determinación de la cobertura, que no tienen seguro; o bien, que tienen seguro pero no tienen cobertura para el medicamento recetado. Obtenga más información sobre el **Programa de Asistencia al Paciente**† y el **Programa RapidStart**† 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)
❑ **NINLARO®** (ixazomib)
❑ **ICLUSIG®** (ponatinib)
❑ **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 (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 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): _____

Visite www.Here2Assist.com para obtener más información sobre cómo puede ayudar el Programa RapidStart a los pacientes elegibles que tienen un retraso en la determinación de cobertura del seguro.

* 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

Certifico que, a mi leal saber y entender, el tratamiento mencionado anteriormente es necesario desde el punto de vista médico y que la información provista es actual, precisa y está completa. Con mi firma, también reconozco que he obtenido la autorización del paciente para divulgar la información anterior y cualquier otro tipo de información según lo requiera Takeda y sus empleados o agentes, a fin de asistir al paciente para obtener cobertura del tratamiento recetado anteriormente o asistir al paciente en el inicio o la continuación del 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.*

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 a 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 5 años 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.

Certifico que soy el paciente que firma este formulario.

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

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.

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 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 y West Central Wireless (incluye Five Star Wireless).

Es posible que Takeda deba contactar al usuario si se informa 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.

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-0434

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.
©2024 Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc.
Todos los derechos reservados. 03/24 USO-XMP-0434

Takeda | ONCOLOGY