

# Help At Hand

Patient Assistance Within Reach



## Programa de asistencia al paciente de Takeda

P.O. Box 5727, Louisville, Kentucky 40255-0727

Teléfono: 1-800-830-9159 Fax: 1-800-497-0928

### ¿CÓMO PRESENTO UNA SOLICITUD?

- Pacientes:** complete las secciones 1, 2 y 3. *Debe firmar la sección 3.*

Complete la sección 4 si está inscrito en la Parte D de Medicare, o la sección 5 si califica pero no está inscrito en la Parte D de Medicare.

#### ¡MUY IMPORTANTE!

Adjunte copias de su documentación financiera del pasado año. *Consulte la sección 2 para ver detalles.*

- Proveedor de atención médica:** Complete las secciones 6 y 7, y envíe por fax la solicitud firmada con toda su documentación al 1-800-497-0928 o envíela por correo a la dirección que se indica a continuación:

Takeda Patient Assistance Program  
P.O. Box 5727  
Louisville, Kentucky  
40255-0727

### ¿PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?

- Usted es residente legal en los Estados Unidos.
- No tiene cobertura para medicamentos recetados a través de programas privados o del gobierno. *(Si usted califica para la Parte D de Medicare o está inscrito en la misma, igual puede presentar una solicitud; consulte las secciones 4 y 5 para ver una guía.)*
- El ingreso total de su grupo familiar no supera:

Personas en el grupo familiar	Ingreso anual
1	\$32,670
2	\$44,130
3	\$55,590
4	\$67,050
5	\$78,510

E  
S  
S  
R  
X  
C  
A  
P  
P

### Medicamentos (genéricos)

Estos son los productos que Takeda tiene disponibles para los pacientes en el PAP:

ACTOS (clorhidrato de pioglitazona)	Duetact (clorhidrato de pioglitazona y glimepirida)
ACTOplus met (clorhidrato de pioglitazona + clorhidrato de metformina)	EDARBI (azilsartan medoxomil)
ACTOplus met XR (clorhidrato de pioglitazona + clorhidrato de metformina XR)	ROZEREM (ramelteon)
AMITIZA (lubiprostona)	ULORIC (febuxostat)
DEXILANT (dexlansoprazol)	

**IMPORTANTE:** continúe en la página siguiente. Llame al 1-800-830-9159 si necesita ayuda.

Hay representantes del Programa de asistencia al paciente disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. hora del Este.



### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Primer nombre	Apellido	Dirección particular	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono preferido durante el día
Número de seguro social (o número de tarjeta verde o visa)		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Residente de los EE. UU. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Veterano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Entregar medicamentos a: <i>La entrega se hará al paciente a menos que se indique lo contrario.</i> <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	

### SECCIÓN 2: SEGURO E INGRESOS

Tiene seguro para medicamentos recetados de: <i>(marque todo lo que aplique)</i> <input type="checkbox"/> Proporcionado por el empleador <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare* <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Beneficios militares <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cobertura privada de medicamentos <input type="checkbox"/> Asistencia estatal <input type="checkbox"/> Ninguna	Cantidad de personas en el grupo familiar** Ingreso total <i>anual</i> del grupo familiar: \$ _____ ¿Ha recibido ingresos por discapacidad del seguro social durante al menos dos años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
IMPORTANTE: ¿Tiene una copia de la declaración federal de ingresos del año pasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó SÍ debe incluir una copia de la declaración federal de ingresos del año pasado para usted, su cónyuge y sus dependientes. Si su ingreso ha cambiado en forma significativa, o si ya no está empleado, envíe una nueva declaración de ingresos o comprobante de desempleo. Si marcó NO debe incluir una copia de: <input type="checkbox"/> Formulario del IRS 4506T <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios anuales del seguro social (SSA-1099) o <input type="checkbox"/> Todas las declaraciones de ingresos de los trabajos mantenidos el año pasado	
* Complete la sección 4 si está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare * Complete la sección 5 si califica pero no está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare ** Grupo familiar = usted, cónyuge y dependientes	

### SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN HIPAA DEL PACIENTE

Yo solicito y autorizo a mi proveedor de atención médica (indicado en la sección 6) y a mi compañía de seguro de salud (si la hay) a revelar a Takeda Pharmaceuticals America, Inc. (Takeda) y a sus filiales, o terceros contratistas que ayuden a Takeda en relación con el Programa de asistencia al paciente de Takeda (Programa), toda la información personal relacionada con mi condición médica, tratamiento y cobertura de seguro necesaria para determinar mi elegibilidad y administrar mi participación en el Programa.

Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si me rehúso, no podré participar en el Programa, pero esto no afectará mi capacidad de obtener tratamiento médico, mi capacidad para procurar pago para tratamiento, ni afectará mi inscripción en el seguro o mi elegibilidad para beneficios de seguro. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta de cancelación a Takeda a la dirección que se indica en la parte superior de este formulario de solicitud. Si cancelo esta autorización, ya no estaré autorizado a participar en el Programa. La cancelación de esta autorización prohibirá la divulgación de mi información personal después de la fecha en la que Takeda reciba y procese la carta de cancelación, pero no afectará las divulgaciones realizadas antes de ese momento.

Entiendo que una vez se divulgue mi información personal a Takeda o a sus contratistas, las leyes federales de privacidad ya no podrán proteger la información de divulgaciones posteriores. Sin embargo, mi información personal no será usada ni divulgada por Takeda o sus contratistas para ningún propósito que no sea el de determinar mi elegibilidad y para administrar mi participación en el Programa. Esta autorización vence al final de mi participación en el Programa.

Yo certifico que la información incluida en este formulario es precisa y está completa a mi leal saber y entender. Acepto que Takeda y sus contratistas también pueden contactar a mi proveedor de seguro médico para verificar mi información de seguro.

Firma del paciente X	Fecha
-------------------------	-------



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: COMPLETE ÚNICAMENTE SI ESTÁ INSCRITO EN LA PARTE D DE MEDICARE**

- Entiendo que si soy aprobado para recibir asistencia, podré recibir los medicamentos solicitados de parte del Programa de asistencia al paciente de Takeda (Programa) durante el resto del año calendario de inscripción\* para el cual se aprobó mi solicitud.
- No procuraré los medicamentos solicitados a mi plan de la Parte D de Medicare por el resto del año calendario de inscripción.\*
- No procuraré ni aceptaré el reembolso de mi plan de la Parte D de Medicare para los medicamentos recibidos a través del Programa.
- No procuraré crédito verdadero para gastos de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) para ningún medicamento recibido a través del Programa porque entiendo que los medicamentos recibidos del Programa no se contabilizan para mi TrOOP.
- Doy mi consentimiento para que el Programa divulgue mi inscripción en el Programa según sea necesario para cumplir con las obligaciones legales y reglamentarias.
- Acepto notificar al Programa de inmediato, por escrito, si mi cobertura para medicamentos recetados cambia en algún modo.

\*El año calendario de inscripción es el año calendario para el cual se presenta esta solicitud.

Firma del paciente X	N.º de ID de Medicare (requerido)	Fecha
-------------------------	-----------------------------------	-------

**SECCIÓN 5: COMPLETE ÚNICAMENTE SI USTED CALIFICA PARA LA PARTE D DE MEDICARE - PERO NO ESTÁ INSCRITO**

- Yo declaro y afirmo que califico Y no estoy inscrito actualmente en el plan de la Parte D de Medicare.
- Doy mi consentimiento para que el Programa divulgue mi inscripción en el Programa según sea necesario para cumplir con las obligaciones legales y reglamentarias.
- Acepto notificar al Programa de inmediato, por escrito, si mi cobertura para medicamentos recetados cambia en algún modo.

Firma del paciente X	Fecha
-------------------------	-------

**SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Apellido	Nombre	Nombre de la clínica (si corresponde)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de licencia estatal	Teléfono	Fax		
Enumere todos los medicamentos actuales del paciente a continuación:	¿El paciente es alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> SÍ (enumere a continuación) <input type="checkbox"/> NO			

**SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (médicos de NJ y NY sírvanse adjuntar la prescripción adecuada)**

NOMBRE/CONCENTRACIÓN DEL PRODUCTO TAKEDA	INDICACIONES	DÍAS DE SUMINISTRO	PREPARACIONES ADICIONALES (encierre en un círculo)		
		90 días	1	2	3
		90 días	1	2	3
		90 días	1	2	3

Mi firma certifica que si el producto se envía a mi consultorio en nombre del paciente, yo entiendo que debe ser usado para el paciente nombrado en esta solicitud, y no debe ser revendido ni ofrecido para la venta o el comercio, ni se le cobrará al paciente ni a ningún tercero pagador, Medicare o Medicaid por este producto.

Firma del proveedor de atención médica (NO SE ACEPTAN firmas con sello) X	Fecha
--	-------

E  
S  
S  
R  
X  
C  
A  
P  
P



**SECCIÓN 8: LISTA DE VERIFICACIÓN FINAL**

Antes de enviar por correo O hacer que su proveedor de atención médica envíe por fax su solicitud, asegúrese de que:

- Ha completado y firmado las secciones 1, 2 y 3
- Su proveedor de atención a la salud ha completado y firmado las Secciones 6 y 7.
- Adjuntó copias de sus documentos financieros del año pasado (consulte la sección 2 para ver detalles)
- Medicare Part D patients:
  - complete la sección 4 ÚNICAMENTE si está inscrito en la Parte D de Medicare
  - complete la sección 5 ÚNICAMENTE si es elegible para la Parte D de Medicare – pero no está inscrito
  - adjunte una copia de la carta de negación de subsidio por bajos ingresos (LIS por sus siglas en inglés) del seguro social, si corresponde. Los solicitantes serán derivados a LIS cuando el ingreso esté por debajo del 135% de las pautas de nivel de pobreza federal (FPL por sus siglas en inglés):

**El ingreso anual del solicitante debe estar limitado a:**

Individuos	\$16,245
Parejas casadas	\$21,855

Para obtener más información, los solicitantes pueden consultar en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o pueden llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Haga que el consultorio de su proveedor de atención médica la envíe por fax al:  
1-800-497-0928

Envíe por correo su solicitud completada y demás documentos a:  
 ○ TAKEDA PATIENT ASSISTANCE PROGRAM  
 P. O. BOX 5727  
 Louisville, Kentucky 40255-0727



**¿Qué sucede a continuación?**

Usted y/o su proveedor de atención médica recibirán una respuesta del Programa de asistencia al paciente de Takeda en un plazo de cinco a siete días después de que recibamos su solicitud.

**Sírvase llamar al 1-800-830-9159 si tiene preguntas.**

Hay representantes disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. hora del Este.

E  
S  
S  
R  
X  
C  
A  
P  
P

La cantidad de frascos proporcionados puede variar basándose en la prescripción del paciente.

ACTOS, ACTOplus met, ACTOplus met XR y Duetact son marcas comerciales de Takeda Pharmaceutical Company Limited registradas en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los EE. UU. y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

AMITIZA es una marca comercial de Sucampo Pharmaceuticals, Inc. registrada en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los EE. UU. y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

DEXILANT es una marca comercial de Takeda Pharmaceuticals North America, Inc. registrada en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los EE. UU. y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

EDARBI es una marca comercial de Takeda Pharmaceutical Company Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

ROZEREM es una marca comercial de Takeda Pharmaceutical Company Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

ULORIC es una marca comercial de Teijin Pharma Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos y utilizada bajo licencia por Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

Este programa, así como también todos los programas de Takeda Pharmaceuticals America, Inc., pueden ser discontinuado o cambiados en cualquier momento sin aviso a criterio de Takeda Pharmaceuticals America, Inc.