



Asistencia para el paciente, a su alcance

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE

P.O. BOX 66552

ST. LOUIS, MO 63166-6552

TELÉFONO: 1-800-830-9159

FAX: 1-800-497-0928



Los representantes del Programa de Asistencia para el Paciente están disponibles de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. Tiempo central estándar

¿CÓMO PRESENTO MI SOLICITUD?

- Llene las secciones 1, 2, 3 y 4.
(DEBE FIRMAR LA SECCIÓN 4)

Llene la sección 5 si está inscrito en Medicare Parte D

o

La sección 6 si es elegible pero no está inscrito en Medicare Parte D.

- Adjunte:

- Su receta original
- Copias de sus documentos financieros del año pasado *(CONSULTE DETALLES EN LA SECCIÓN 2)*

- Envíe la solicitud llenada y firmada por correo junto con todos sus documentos a la dirección indicada arriba o pida a su proveedor de atención médica que la envíe por fax al 1-800-497-0928.

¿PUEDO LLENAR LA SOLICITUD?

- Es residente legal de Estados Unidos.
- No tiene cobertura de medicamentos de prescripción por medio de programas privados o gubernamentales. *(CONSULTE PAUTAS EN LAS SECCIONES 5 Y 6)*
- Los ingresos totales de su familia NO son mayores de:

Integrantes del núcleo familiar	Ingresos anuales
1	\$32,670
2	\$44,130
3	\$55,590
4	\$67,050
5	\$78,510

Los montos podrían ser diferentes en Alaska y Hawái y podrían cambiar anualmente.

E
S
S
A
P
P

Medicamento (genérico)	Concentración
ACTOS (clorhidrato de pioglitazona)	Comprimidos de 15 mg, 30 mg y 45 mg
ACTOplus met (clorhidrato de pioglitazona + clorhidrato de metformina)	Comprimidos de 15 mg/500 mg y 15 mg/850 mg
ACTOplus met XR (clorhidrato de pioglitazona + clorhidrato de metformina de liberación prolongada)	Comprimidos de 15 mg/1000 mg y 30 mg/1000 mg
AMITIZA (lubiproston)	Cápsulas de 8 mcg y 24 mcg
DEXILANT (dexlansoprazol)	Cápsulas de 30 mg, 60 mg
Duetact (clorhidrato de pioglitazona y glimepirida)	Comprimidos de 30 mg/2 mg y 30 mg/4 mg
EDARBI (azilsartán medoxomilo)	Comprimidos de 40 mg, 80 mg
ROZEREM (ramelteon)	Comprimidos de 8 mg
ULORIC (febuxostat)	Comprimidos de 40 mg y 80 mg

IMPORTANTE: Pase a la página siguiente. Llame al 1-800-830-9159 si necesita ayuda.



El número de frascos provisto podría variar según la receta 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 EE. UU. y Takeda Pharmaceuticals America, Inc. las usa bajo licencia.

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

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

EDARBI es una marca comercial de Takeda Pharmaceutical Company Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas de EE. UU. y Takeda Pharmaceuticals America, Inc. la usa bajo licencia.

ROZEREM es una marca comercial de Takeda Pharmaceutical Company Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas EE. UU. y Takeda Pharmaceuticals America, Inc. la usa bajo licencia.

ULORIC es una marca comercial de Teijin Pharma Limited registrada en la Oficina de Patentes y Marcas EE. UU. y Takeda Pharmaceuticals America, Inc. la usa bajo licencia.

Este programa, al igual que todos los programas de Takeda Pharmaceuticals America, Inc., se puede interrumpir o modificar en cualquier momento sin previo aviso a criterio de Takeda Pharmaceuticals America, Inc.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido		Nombre	
Dirección particular			
Ciudad		Estado	Código postal
Número telefónico preferido durante el día ()			
Número del seguro social (o número de Tarjeta de residencia permanente [Green Card] en EE. UU. o visa)			
Es <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Residente de EE. UU. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Veterano de guerra de los EE. UU. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Entregar el medicamento a: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA <i>Se entregarán al paciente, salvo que se indique lo contrario.</i>			
Enumere todos los medicamentos que toma actualmente:			
¿Es alérgico a medicamentos? (enumérelos): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

SECCIÓN 2: SEGURO E INGRESOS

Tiene seguro de medicamentos de prescripción de:
(marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Del empleador	<input type="checkbox"/> Medicare Parte D*
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Beneficios militares
<input type="checkbox"/> Beneficios de la VA	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Asistencia estatal	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Cobertura privada de medicamentos	

Número de integrantes del núcleo familiar** _____

¿Ha recibido ingresos por discapacidad del seguro social al menos durante 2 años? SÍ NO

Ingreso del núcleo familiar** total:
\$ _____ mensuales 0 _____ anuales

IMPORTANTE:
¿Tiene una copia de su declaración del impuesto sobre la renta federal del año pasado?
 SÍ NO

Si marcó **SÍ**, debe incluir una copia de su declaración del impuesto sobre la renta federal, la de su cónyuge y de sus dependientes.
Si sus ingresos han cambiado significativamente o ya no tiene empleo, envíe una nueva declaración de ingresos o comprobante de desempleo.

Si marcó **NO**, debe incluir una copia de:

- Formulario 4506T del IRS
- Declaración de beneficios anuales del Seguro Social (SSA-1099)
- 0**
- Todas las declaraciones de ingresos de trabajos que tuvo el año pasado

* Los solicitantes inscritos en Medicare Parte D deben llenar la sección 5.
** Núcleo familiar = usted, su cónyuge y sus dependientes.

E S S A P P

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Apellido		Nombre		Número de licencia estatal o de la DEA	
Nombre de la clínica (si corresponde)					
Dirección					
Ciudad				Estado	Código postal
Teléfono			Fax		
Mi firma certifica que si se envía el producto a mi consultorio a nombre del paciente, entiendo que se debe usar para el paciente mencionado en esta solicitud y que no se debe revender ni ofrecer para su venta o comercialización; tampoco se le cobrará este producto al paciente ni a ningún tercero pagador, Medicare o Medicaid.					
Firma del proveedor de atención médica				Fecha	
X					



SECCIÓN 4: AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA HIPAA DEL PACIENTE

Solicito y autorizo a mi proveedor de atención médica (señalado en la sección 3) y a mi compañía de seguro de salud (si lo hubiera) que divulgue, a Takeda Pharmaceuticals America, Inc. (Takeda) y a sus compañías afiliadas, o a contratistas externos que ayuden a Takeda en relación con el Programa de Asistencia para el Paciente de Takeda (el Programa), toda la información personal relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro que sea necesaria para determinar mi elegibilidad y administrar mi participación en el Programa.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego, no podré participar en el Programa; pero esto no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento médico, para obtener el pago del tratamiento ni afectará mi inscripción en un seguro o mi elegibilidad para los beneficios de un seguro. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta de cancelación a Takeda, a la dirección indicada al principio de este formulario de solicitud. Si cancelo esta autorización, ya no podré participar en el Programa. La cancelación de esta autorización prohibirá la divulgación de mi información personal después de la fecha en que Takeda reciba y procese la carta de cancelación, pero no afectará a las divulgaciones realizadas antes de ese momento.

Entiendo que después de la divulgación de mi información personal a Takeda o a sus contratistas, es posible que las leyes de privacidad federal ya no protejan esa información contra divulgaciones subsiguientes. Sin embargo, Takeda o sus contratistas no usarán ni divulgarán mi información personal para ningún propósito que no sea determinar mi elegibilidad y administrar mi participación en el Programa. Esta autorización vence al final de mi participación en el Programa.

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información en este formulario es exacta y completa. Estoy de acuerdo con que Takeda y sus contratistas también puedan contactar a mi compañía de seguro de salud para verificar mi información de seguros.

Firma del paciente

Fecha

X

SECCIÓN 5: LLENE SÓLO SI ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE PARTE D

1. Entiendo que si soy aprobado para la asistencia podré recibir los medicamentos solicitados del Programa de Asistencia para el Paciente de Takeda (el Programa) durante el resto del año calendario de inscripción* por el cual se aprobó mi solicitud.
2. No intentaré obtener el medicamento solicitado con mi plan de Medicare Parte D durante el resto del año calendario de inscripción.*
3. No buscaré ni aceptaré el reembolso de mi plan de Medicare Parte D, por los medicamentos que reciba del Programa.
4. No buscaré crédito para gastos directos verdaderos (true out-of-pocket, TrOOP) por cualquier medicamento que reciba del Programa, ya que entiendo que los medicamentos recibidos del Programa no cuentan para mi TrOOP.
5. Otorgo mi consentimiento para que el Programa divulgue mi inscripción en el Programa a mi plan de Medicare Parte D.
6. Acepto notificar inmediatamente al Programa, por escrito, si mi cobertura de medicamentos de prescripción cambiara de alguna manera.

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

Nombre del plan de medicamentos de Medicare

Dirección del plan de medicamentos de Medicare

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del paciente

Fecha

X

SECCIÓN 6: LLENE SÓLO SI ES ELEGIBLE PARA MEDICARE PARTE D – PERO NO ESTÁ INSCRITO

1. Declaro y afirmo que soy elegible Y que actualmente no estoy inscrito en un plan de Medicare Parte D.
2. Acepto notificar inmediatamente al Programa, por escrito, si mi cobertura de medicamentos de prescripción cambiara de alguna manera.

Firma del paciente

Fecha



X

IMPORTANTE: Pase a la página siguiente. Llame al 1-800-830-9159 si necesita ayuda.



SECCIÓN 7: LISTA DE CONTROL FINAL

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

- Haber llenado y firmado las secciones 1, 2 y 4
 - Que su proveedor de atención médica haya llenado y firmado la sección 3
 - Que haya llenado la sección 5 SÓLO si está inscrito en Medicare Parte D
 - Que haya llenado la sección 6 SÓLO si es elegible para Medicare Parte D – pero no está inscrito
 - Que haya adjuntado:
 - su receta original 
 - copias de sus documentos financieros del año pasado 
- (CONSULTE DETALLES EN LA SECCIÓN 2)

Envíe su solicitud llenada y otros documentos por correo a:

TAKEDA PHARMACEUTICALS AMERICA, INC.

P. O. BOX 66552

ST. LOUIS, MO 63166-6552



O

Pida a su proveedor de atención médica que lo envíe por fax al número:

1-800-497-0928



E
S
S
A
P
P

¿Qué sucederá a continuación?

Usted y/o su proveedor de atención médica recibirá una respuesta del Programa de Asistencia para el Paciente de Takeda de 5 a 7 días después de que recibamos su solicitud.

Llame al
1-800-830-9159
si tiene preguntas.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. Tiempo central estándar

Help 
At Hand

Asistencia para el paciente, a su alcance