



AYUDE *a sus* PACIENTES

Acceda a VEOZAH™ (fezolinetant) a través de VEOZAH Support Solutions

VEOZAH Support Solutions ofrece apoyo para ayudar a pacientes a quienes se les ha recetado VEOZAH a **abordar posibles problemas de acceso y asequibilidad**, tanto si tienen un seguro de prescripción comercial como si tienen un seguro gubernamental (p. ej., Medicare, Medicaid) o no tienen seguro.



PARA PACIENTES ELEGIBLES *con* SEGURO DE PRESCRIPCIÓN COMERCIAL

Los pacientes elegibles con seguro comercial pueden pagar **\$0 por la primera receta mensual** y pueden pagar tan solo **\$30 por cada reposición mensual^a**

- Un paciente debe tener una receta válida para VEOZAH, cumplir los requisitos de elegibilidad y presentar la **tarjeta de ahorro VEOZAH** en su farmacia preferida
- El programa tiene un límite máximo anual de ayuda al copago de \$1,300
- No hay requisitos de ingresos



Comenzar *es* fácil

Para recibir ayuda al copago del Programa de ahorro VEOZAH,^a los pacientes pueden obtener la tarjeta de ahorro de **1 de 2 formas**.

1. Su representante de Astellas puede proporcionarle **tarjetas de ahorro VEOZAH** que puede entregar a sus pacientes. Los pacientes pueden presentar la tarjeta de ahorro en su farmacia preferida.

2.



Sus pacientes pueden escanear este código QR o ir a www.VEOZAHsavings.com para solicitar y/o activar la tarjeta de ahorro.

Si los pacientes experimentan algún problema con la tarjeta de ahorro, pueden inscribirse en **VEOZAH Support Solutions** para averiguar qué otras opciones de ahorro puede haber. Los pacientes pueden llamar al **1-866-239-1637** o ir a VEOZAHSupportSolutions.com para inscribirse.

^aAl inscribirse en el Programa de ahorro VEOZAH ("Programa"), el paciente reconoce que actualmente cumple los requisitos de elegibilidad y cumplirá con los siguientes términos y condiciones: El Programa está destinado a pacientes elegibles con seguro de prescripción comercial para VEOZAH™ (fezolinetant) y es válido para su uso únicamente con una prescripción válida de VEOZAH en el momento en que la farmacia dispensa la prescripción. El Programa tiene un límite anual máximo de ayuda al copago de \$1,300, con el período anual que comienza en la fecha de activación de la tarjeta del Programa. Una vez que se alcance el máximo anual de ayuda al copago, el paciente será responsable de los costos mensuales de bolsillo restantes de VEOZAH. **El Programa no es válido para los pacientes cuyas reclamaciones de recetas sean reembolsadas, en su totalidad o en parte, por cualquier programa estatal o federal del gobierno, incluidos, entre otros, Medicaid, Medicare, Medigap, Departamento de Defensa (Department of Defense, DoD), Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA), TRICARE, Puerto Rico Government Insurance o cualquier programa estatal de pacientes o asistencia farmacéutica.** Los pacientes que pasen de un seguro comercial a un seguro médico con receta federal o estatal ya no serán elegibles y aceptarán notificar al Programa cualquier cambio de este tipo. Los pacientes aceptan no solicitar el reembolso de ningún seguro médico o de terceros por todo o parte del beneficio recibido por el paciente a través del Programa. Esta oferta no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura de VEOZAH. Esta oferta no es transferible, no tiene valor en efectivo y no puede combinarse con ninguna otra oferta, prueba gratuita, tarjeta de ahorro con receta o descuento (incluido cualquier programa ofrecido por un tercero pagador o administrador de beneficios farmacéuticos, o un agente de ninguno de los dos, que ajuste las obligaciones de distribución de costos del paciente, a través de acuerdos que se pueden denominar programas "acumuladores" o "maximizadores"). El valor total de los beneficios del Programa está destinado a pasar por completo al paciente elegible. Ninguna otra persona o entidad (incluidos, entre otros, pagadores externos, gestores de beneficios farmacéuticos o agentes de cualquiera de los dos) tiene derecho a recibir ningún beneficio, descuento u otra cantidad en relación con este Programa. Esta oferta no es un seguro médico y solo es válida para pacientes de los 50 estados de Estados Unidos, Washington DC y Puerto Rico. Esta oferta no es válida para pacientes que paguen en efectivo. Este Programa es nulo donde la ley lo prohíba. No hay cuotas de membresía. Es ilegal vender, comprar, intercambiar, falsificar, duplicar o reproducir, u ofrecer vender, comprar, intercambiar, falsificar, duplicar o reproducir la tarjeta. Esta oferta se aceptará solo en las farmacias participantes. Se aplican ciertas reglas y restricciones. Astellas se reserva el derecho de revocar, rescindir o modificar esta oferta sin previo aviso por cualquier motivo (incluido garantizar que la oferta se utiliza únicamente en beneficio del paciente).



PARA PACIENTES sin SEGURO DE PRESCRIPCIÓN

El Programa de Asistencia al Paciente^b (PAP) de Astellas proporciona VEOZAH™ (fezolinetant) **sin costo alguno a los pacientes no asegurados** que cumplan los requisitos de elegibilidad del programa.

Para averiguar si su paciente es elegible, usted o su paciente pueden llamar a **VEOZAH Support SolutionsSM** al **1-866-239-1637**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

También se puede proporcionar información sobre otras opciones de asistencia que puedan estar disponibles.



PARA PACIENTES con MEDICARE PARTE D, MEDICAID U OTRO SEGURO GUBERNAMENTAL

Se puede proporcionar información sobre otras opciones de asistencia que pueden estar disponibles, como **Medicare Extra Help^c**.

^bSujeto a restricciones de elegibilidad. Se aplican los términos y condiciones del programa. Nulo donde lo prohíba la ley.

^cVEOZAH Support Solutions no tiene control sobre las decisiones de terceros independientes, y no garantiza el apoyo de estos.

VEOZAH Support Solutions también puede ayudar con la verificación de los beneficios y proporcionar información sobre los procesos de autorización previa y la posible elegibilidad para varios programas de **VEOZAH Support Solutions**.

CÓMO ENVIAR una PRESCRIPCIÓN DE VEOZAH

Opción 1

Envíe la receta directamente a la farmacia preferida del paciente.

A continuación, su paciente puede rellenar la receta en su farmacia preferida e iniciar el tratamiento.

Opción 2

Si experimenta un retraso relacionado con el seguro, **envíe la prescripción electrónicamente** a Sonexus Health Pharmacy Services.

VEOZAH Support Solutions puede ayudar a los pacientes con VEOZAH a abordar posibles retos de acceso y asequibilidad.

Envíe la prescripción desde su sistema de historias clínicas electrónicas y seleccione lo siguiente:

Sonexus Health Pharmacy Services

Número de NPI: 1447680210

NCPDP: 5910206

Póngase en contacto con nosotros

Para obtener más información o solicitar ayuda, póngase en contacto con nosotros **de 1 de 3** maneras.



Póngase en contacto con su representante de Astellas

Su representante de ventas puede ponerle en contacto con el director de cuentas de Astellas que corresponda, que puede responder a sus preguntas específicas.



Llame para hablar con un coordinador de atención al paciente

1-866-239-1637

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Conéctese en línea

Visite **[VEOZAHSupportSolutions.com](https://www.veozahsupport.com)** o use el código QR para ir al sitio web de VEOZAH Support Solutions.



Astellas® y el logotipo de la estrella volante son marcas comerciales registradas de Astellas Pharma Inc. VEOZAH™ y el logotipo de la ola son marcas comerciales de Astellas US LLC. VEOZAH Support SolutionsSM, un componente de Astellas Pharma Support SolutionsSM, es una marca de servicio de Astellas US LLC.

©2023 Astellas Pharma US, Inc. Todos los derechos reservados. 054-0201-PM 06/23