



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

El Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de Novo Nordisk proporciona medicamentos de forma gratuita a los solicitantes que cumplan con las directrices del PAP. Se enviará un suministro de hasta 120 días de los medicamentos o dispositivos solicitados al profesional de la salud autorizado para su entrega.

El PAP de Novo Nordisk es gratuito y no hay cargos de inscripción ni tarifas mensuales por participar en él. Todas las solicitudes están sujetas a disponibilidad del producto y la verificación de elegibilidad del paciente. Los productos se proporcionan sin costo para el paciente o el profesional de la salud y no requieren la compra de ningún otro producto. Además, tanto el paciente como el profesional de la salud se comprometen a no facturar a terceros ni revender el producto.

El procesamiento se retrasará si alguna sección de este formulario no está totalmente completada. Escriba de manera legible.

Marque una opción: Nueva solicitud Reinscripción *Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

SECCIÓN A	Nombre del paciente*:		Apellido del paciente*:	
	Dirección postal del paciente* (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):			
	Ciudad*:		Estado*:	Código postal*:
	Teléfono*:		Correo electrónico:	
	Fecha de nacimiento*:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
	Nombre del recetador*:		Apellido del recetador*:	
	Teléfono del recetador*:			
	¿Tiene algún tipo de cobertura de medicamentos recetados*? Si la respuesta es SÍ , marque TODAS las opciones que correspondan y complete la información a continuación*. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> No tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) – se debe completar la Sección B			
	<input type="checkbox"/> Parte B de Medicare (beneficio médico que cubre algunos medicamentos recetados)			
<input type="checkbox"/> Beneficios del VA o del ejército		<input type="checkbox"/> Cobertura de medicamentos recetados de Medicaid		
<input type="checkbox"/> Subsidio de Medicare por bajos ingresos (LIS/Ayuda adicional)		<input type="checkbox"/> Cobertura de medicamentos proporcionada por el empleador o comercial/privada		
Inscritos en la Parte D de Medicare – SE DEBE COMPLETAR TODA LA SECCIÓN B				
¿No está seguro si tiene cobertura Medicare Rx? ¿Tiene seguro comercial y Medicare? Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al número gratuito 1-855-798-2627. Las tarjetas del plan de la Parte D de Medicare y los planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados suelen tener escrito "Medicare Rx" en algún lugar.				

SECCIÓN B	Consentimiento de la persona inscrita en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para pacientes (Parte D) (si corresponde)	
	Acepto (o mi padre/tutor/representante legal acepta) que, si cuento con aprobación para el PAP como paciente inscrito en la Parte D de Medicare, tanto Novo Nordisk como el PAP pueden proporcionar mi información personal a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a fin de confirmar el estado de mi inscripción (o la del paciente) en la Parte D de Medicare y avisar a los CMS y a mi plan de la Parte D de Medicare (o el del paciente) sobre esta inscripción en el PAP. Además, comprendo (o mi padre/tutor/representante legal comprende) que, luego de la aprobación, recibiré (o el paciente recibirá) un suministro de hasta 120 días de los medicamentos y/o dispositivos a través del PAP hasta que finalice este año calendario. Acepto (o mi padre/tutor/representante legal acepta) lo siguiente: (i) no solicitar los medicamentos de Novo Nordisk requeridos a través de mi plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (o el del paciente) mientras los reciba a través del PAP; (ii) no ser elegible para recibir un reembolso mediante ningún programa gubernamental ni ninguna aseguradora externa por ningún medicamento proporcionado a través del PAP; y (iii) no considerar los medicamentos proporcionados a través del PAP como costos reales y directos del bolsillo (True-Out-of-Pocket, TrOOP).	
	Firma del paciente o representante*: SOLO se requiere si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare	Fecha*:
	Año de inscripción en la solicitud PAP:	Identificación de miembro*:

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 Fax: 866-441-4190



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

Nombre*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento*:
----------	------------	-----------------------

El consentimiento de la verificación de ingresos de la Ley de Información Crediticia Imparcial [Fair Credit Reporting Act (FCRA)] es *OBLIGATORIO:

TANTO LA CASILLA COMO LA FIRMA SON OBLIGATORIAS

El PAP realizará una verificación electrónica de ingresos para procesar la solicitud en su nombre.

Marque la casilla para dar su consentimiento.

SECCIÓN C

Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" en virtud de la Ley de Información Crediticia Imparcial (Fair Credit Reporting Act, FCRA) autorizando al PAP, Novo Nordisk y a sus proveedores autorizados, de manera continua, según sea necesario, durante mi participación en los programas administrados por el PAP de Novo Nordisk, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor mediante la verificación electrónica de ingresos, que incluirá una verificación crediticia suave, con el único fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por el PAP. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder proceder con este proceso de evaluación financiera. Aseguro que toda la información que proporcione, incluida la información financiera y sobre seguros, es completa y verdadera. También entiendo que podría ser necesario entregar documentación adicional y que existen otros requisitos de elegibilidad para el PAP de Novo Nordisk.

Firma del paciente*:

Consentimiento para la recopilación de información de salud para fines del PAP es *OBLIGATORIO

TANTO LA CASILLA COMO LA FIRMA SON OBLIGATORIAS

Acepto (o mi padre/tutor/legal representante acepta) que Novo Nordisk y sus procesadores de datos puedan recopilar, usar y divulgar mi información relacionada con la salud (o la del paciente) como se describe a continuación (en conjunto, "Información de Salud") para la participación en el PAP:

- Condiciones de salud individuales, tratamientos, enfermedades o diagnósticos; uso y compra de medicamentos recetados; funciones corporales, signos vitales, síntomas y mediciones de salud; diagnósticos o pruebas diagnósticas, tratamientos o medicación; datos que identifican a consumidores que buscan servicios de atención médica; datos sobre la salud derivados o inferidos de lo anterior.
- También recopilaremos cualquier información relacionada con la salud que usted divulgue al comunicarse con nosotros, incluida la información sobre eventos adversos.

Al dar mi consentimiento a continuación, Novo Nordisk y sus procesadores de datos podrán recopilar, usar y divulgar mi Información de Salud solo para facilitar mi participación en el PAP. Esto incluye, por ejemplo, el uso de farmacias dispensadoras, la verificación de ingresos y las verificaciones electrónicas de beneficios (los "Propósitos"), entre otros Propósitos relacionados con el PAP. Entiendo que no estoy (o mi padre/tutor/legal representante no está) obligado a dar el consentimiento del procesamiento de mi Información de Salud para los Propósitos. Sin embargo, si no doy mi consentimiento, no podré participar en el PAP, ya que la recopilación de mi Información de Salud es necesaria para que Novo Nordisk facilite mi participación. Si doy mi consentimiento a continuación, tengo derecho a revocarlo en cualquier momento enviando un correo electrónico a NNIPPrivacy@novonordisk.com. Para más información sobre nuestro procesamiento de información personal e Información de Salud, consulte nuestro [Aviso de Privacidad](#) y nuestro [Aviso de Privacidad de Datos de Salud del Consumidor](#).

SECCIÓN D

Debe seleccionar una de las casillas a continuación.*

- Doy mi consentimiento o [en nombre del paciente y certifico que tengo el derecho legal para hacerlo como padre o tutor legal del paciente, o mediante un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.]
- No doy mi consentimiento o [no doy mi consentimiento en nombre del paciente y certifico que tengo el derecho legal para hacerlo como padre o tutor legal del paciente, o mediante un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.]

Firma del paciente o representante*:

Fecha*:

Representante legal:

Relación con el paciente:

Teléfono:

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 **Fax: 866-441-4190**



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.


Nombre*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento*:
----------	------------	-----------------------

Autorización de la HIPAA *OBLIGATORIA

TANTO LA CASILLA COMO LA FIRMA SON OBLIGATORIAS

Con mi firma abajo, por el presente doy mi permiso (o mi padre/tutor/representante legal da su permiso) para que mis proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas, planes médicos y aseguradoras de salud y sus contratistas (o los del paciente) divulguen toda información que sea necesaria, entre la cual se incluye mis ingresos, cobertura de medicamentos recetados, recetas médicas, condiciones médicas, documentos financieros y registros médicos ("Información Personal") (o los del paciente) al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk (en conjunto, "PAP"). Esta Información Personal ayuda al PAP en la administración del programa mediante: (i) el procesamiento de esta solicitud; (ii) la verificación de mi información; (iii) la identificación o determinación de elegibilidad para el PAP y otros recursos de asistencia al paciente; (iv) la investigación y verificación de mis beneficios de seguro; (v) la coordinación de la entrega y envío de medicamentos; (vi) la realización de servicios adicionales para llevar a cabo el PAP; y (vii) la realización de actividades de aseguramiento de calidad u otras actividades comerciales internas en relación con el PAP. Asimismo, doy permiso (o mi padre/tutor/representante legal da su permiso) al PAP para usar y divulgar mi Información Personal (o la del paciente) a los proveedores de atención médica, aseguradoras y cuidadores; y a Novo Nordisk, sus afiliadas, proveedores de servicios y agentes (en conjunto, "Novo Nordisk") para los fines descritos anteriormente. Yo (o mi padre/madre/tutor/legal representante) entiendo y reconozco que, aunque PAP, Novo Nordisk y cualquier contratista autorizado que actúe en su nombre harán todo lo posible por mantener la Información Personal privada, una vez que la Información Personal sea divulgada es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y seguridad o leyes estatales vigentes. Específicamente, reconozco (o mi padre/tutor/representante legal reconoce) que, una vez divulgada, los destinatarios autorizados pueden volver a revelar la Información Personal, a menos que la ley estipule lo contrario. Entiendo (o mi padre/tutor/representante legal entiende) que es posible no otorgar esta autorización. También puedo (o mi padre/tutor/representante legal puede) revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-866-310-7549 o enviando una carta a Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876. Tal rechazo o revocación futura no afectará mi inicio o continuación del tratamiento (o los del paciente) proporcionado por proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios, aseguradores, etc. Sin embargo, si me niego a firmar o si revoco (o si mi padre/tutor/representante legal lo hacen) esta autorización, ya no podré participar en los programas o servicios administrados mediante el PAP. Si revoco esta autorización (o mi padre/tutor/representante legal la revoca), el PAP dejará de usar o compartir mi Información Personal (o la del paciente) (salvo según sea necesario para finalizar mi participación), pero dicha revocación no afectará los usos ni divulgaciones de la Información Personal que hayan tenido lugar previamente de conformidad con esta autorización. Entiendo que puedo (o mi padre/tutor/representante legal puede) recibir una copia de esta autorización, que seguirá siendo válida durante un (1) año después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes. Asimismo, comprendo (o mi padre/tutor/representante legal comprende) que el PAP puede modificarse o finalizar en cualquier momento sin una notificación previa. Al firmar abajo, reconozco que he leído y acepto la Autorización del Paciente que precede.

SECCIÓN E

 Firma del paciente o representante*:	Fecha*:
Representante legal:	
Relación con el paciente:	
Teléfono:	



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

Nombre*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento*:
----------	------------	-----------------------

SECCIÓN F

Representante autorizado del paciente (seleccione una opción)

Puede indicar el nombre de una persona (por ejemplo, cónyuge, hermano, hijo, etc.) a quien autorice para que hable en su nombre con el Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk sobre su participación en el PAP de Novo Nordisk. Aquellas personas a quienes autorice para hablar con el PAP de Novo Nordisk sobre usted podrán proporcionar o recibir su información personal según sea necesario. Novo Nordisk no acepta como representantes autorizados del paciente grupos de defensa pagados. El PAP de Novo Nordisk no está afiliado con terceros que cobren una tarifa por ayudar con la inscripción. Estos terceros pueden referirse a Novo Nordisk sin permiso. No es necesario que los pacientes utilicen a un tercero que cobre una tarifa para ayudar con la inscripción o las reposiciones.

Sí, me gustaría autorizar a una persona para que hable en mi nombre.
 No, no quiero que nadie hable en mi nombre con el PAP de Novo Nordisk.

Si respondió Sí, indique a continuación el nombre, número de teléfono y relación.

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
<input type="checkbox"/> Familiar/cuidador	<input type="checkbox"/> Otro

Firma del paciente: Fecha:

Para eliminar un representante autorizado, llame al PAP de Novo Nordisk al 1-866-310-7549.

SECCIÓN G

Consentimiento para Comunicación en virtud de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA)

TANTO LA CASILLA COMO LA FIRMA SON OBLIGATORIAS

También acepto (o mi padre/tutor/legal representante acepta) que el PAP u otras personas en su nombre me contacten mediante llamadas telefónicas realizadas con sistema de marcado automático o con mensajes pregrabados a los números proporcionados en esta solicitud para facilitar mi participación en el PAP con fines que no sean de comercialización. Entiendo que es posible que me pidan (o mi padre/tutor/representante legal entiende que es posible que le pidan) proporcionar mi código postal y fecha de nacimiento (o los del paciente) durante las llamadas pregrabadas para verificar mi identidad (o la del paciente) y que esta información no será conservada por el PAP ni por sus socios, sino que tiene como intención simplemente verificar la identidad. Acepto (o mi padre/tutor/ representante legal acepta) notificar al PAP de inmediato si se produce algún cambio en mis números o direcciones en el futuro. Entiendo (o mi padre/tutor/representante legal entiende) que este consentimiento puede revocarse en cualquier momento. Asimismo, entiendo que puedo revisar (o mi padre/tutor/representante legal entiende que puede revisar) la Política de Privacidad completa de Novo Nordisk en <https://www.novonordisk-us.com/privacy-notice.html>. **ENTIENDO (O MI PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL ENTIENDE) QUE LAS LLAMADAS PUEDEN SER HECHAS MEDIANTE UN SISTEMA DE MARCADO AUTOMÁTICO O MENSAJES PREGRABADOS Y QUE NO ESTOY OBLIGADO A DAR EL CONSENTIMIENTO ANTES DE COMPRAR PRODUCTOS O RECIBIR OTROS SERVICIOS DE NOVO NORDISK.** Al proporcionar un número de teléfono y firmar abajo, reconozco que he leído y acepto el Consentimiento para comunicación en virtud de la TCPA que precede.

Firma del paciente*:
obligatorio si da su consentimiento

Teléfono:



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

Nombre*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento*:
----------	------------	-----------------------

SECCIÓN H Información de seguridad

Si se informa una preocupación de seguridad, doy permiso (o mi padre/tutor/representante legal da su permiso) para compartir mi información personal con Novo Nordisk, quienes pueden comunicarse conmigo por consultas de seguimiento y pueden notificar mi información personal a las autoridades de salud para cumplir con las normas y reglamentos vigentes.

SECCIÓN I Autorización y certificación del Programa *OBLIGATORIA

Autorización para el Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk (PAP) (solo se necesita si el paciente está solicitando el PAP)

Por la presente, certifico (o mi padre/tutor/representante legal certifica), que: (i) tengo más de 18 años; (ii) soy ciudadano o residente legal de los Estados Unidos; (iii) no tengo la capacidad de pagar los medicamentos solicitados por mi proveedor de atención médica en las recetas adjuntas y cumplo con los criterios financieros detallados en esta solicitud para calificar para el programa. También certifico que no estoy inscrito ni soy elegible para ninguno de los siguientes: (i) Medicaid; (ii) Ayuda adicional/subsidio por bajos ingresos de Medicare (LIS); (iii) programas de seguro con financiamiento federal, salvo la Parte D de Medicare; o (iv) recibir beneficios de medicamentos recetados a través de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, salvo los de la Parte D de Medicare. Los pacientes inscritos en la Parte D de Medicare que cumplen con los criterios de elegibilidad financieros califican para el programa; pero una vez inscritos deben permanecer en este hasta el final del año calendario. Certifico que (i) toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta y que verificaré (o mi padre/tutor/representante legal verificará) toda la información proporcionada al PAP a solicitud expresa; (ii) verificaré (o mi padre/tutor/representante legal verificará) el estado de mi solicitud y la recepción de los medicamentos indicados, a solicitud del PAP; (iii) si se aprueba mi participación en el PAP, no solicitaré (o mi padre/tutor/representante legal no solicitará) el reembolso de los medicamentos solicitados a ningún programa gubernamental o aseguradora externa; y (iv) cumpliré con cualquier requisito de divulgación de las aseguradoras, incluida mi participación en el PAP; (v) autorizo (o mi padre/tutor/representante legal autoriza) al PAP a ponerse en contacto conmigo (o con mi padre/tutor/representante legal) por correo postal, correo electrónico y teléfono (de acuerdo con el Consentimiento para comunicación en virtud de la TCPA que precede) a los números, correos electrónicos y direcciones proporcionados en esta solicitud, para que el PAP pueda brindarme acceso a los productos que me fueron recetados. Comprendo y acepto (o mi padre/tutor/legal representante comprende y acepta) lo siguiente: (i) mi elegibilidad para participar en el PAP está sujeta a la decisión de Novo Nordisk y que Novo Nordisk puede modificar o dar por finalizado el PAP en cualquier momento; (ii) es posible que deba demostrar la inelegibilidad para algunos otros programas de cobertura de medicamentos recetados a fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad del PAP; y (iii) debo informar al PAP cualquier cambio en mi seguro médico y cobertura de medicamentos recetados. Comprendo (o mi padre/tutor/representante legal comprende) que el producto recibido a través del PAP se me proporciona de forma gratuita y que no tengo ninguna obligación de comprarlo por participar en el PAP. También doy mi permiso (o mi padre/tutor/representante legal da su permiso) al PAP para combinar o agregar cualquier información recopilada sobre mí con información que el PAP pueda recopilar de otras fuentes con el propósito de proporcionar o administrar el PAP. Al llenar esta solicitud, confirmo que lo siguiente está completo y correcto y que he leído y acepto la Autorización del Paciente.

Firma del paciente o representante*:	Fecha*:
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento en nombre del paciente y certifico que tengo el derecho legal para hacerlo como padre o tutor legal del paciente, o mediante un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.	
Representante legal:	
Relación con el paciente:	
Teléfono:	

¿Qué debe esperar a continuación?



Adjunte toda la documentación adicional a su entrega.



Una vez que el Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk (PAP) reciba su formulario, espere al menos **2 días hábiles** para su procesamiento.



La decisión sobre su inscripción se le enviará por correo después del tiempo de procesamiento.



Si optó por recibir llamadas telefónicas pregrabadas (Sección G "TPCA"), también recibirá las decisiones sobre la inscripción por teléfono.



Una vez aprobado, espere **entre 10 y 14 días hábiles (21 días)** para la entrega en el consultorio del proveedor de la salud.



Solicitud del Programa de asistencia al paciente

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

SECCIÓN J	Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento*:
	Alergias conocidas a medicamentos*:		
	Dirección del paciente*:		
	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
	Correo electrónico del paciente:		

SECCIÓN K	Información del recetador (Todos los medicamentos se enviarán al recetador. No se permiten apartados postales.)			
	Nombre del recetador*:	Apellido del recetador*:	Título:	
	Dirección*:			
	Suite/edificio/piso:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
	Teléfono*:	Número de licencia estatal*:	Estado donde obtuvo la licencia:	
	Fax*:	Contacto del consultorio:	Correo electrónico del consultorio:	
	NPI*:	Días en los que el consultorio está cerrado para entregas:		

SECCIÓN L	<p>Declaración del profesional de la salud: “Mi firma certifica que soy un profesional de la salud con licencia y elegible en virtud de la ley estatal para recetar, recibir y entregar los medicamentos solicitados enumerados en el pedido adjunto, enviado por Novo Nordisk, y que no tengo prohibido participar en programas de atención de la salud financiados a nivel federal. Si soy enfermero profesional, auxiliar médico, farmacéutico o doctor en farmacia, declaro que estoy autorizado y soy elegible en el estado donde ejerzo actualmente la profesión para recetar, recibir y entregar estos productos, y que tengo la aprobación del médico que me supervisa, si lo requiere la ley. Nota: La información del recetador debe coincidir con la firma del dicho recetador. También certifico que los productos que se recetan son para tratar los diagnósticos de acuerdo con las indicaciones y la dosificación descritas en la información de prescripción del producto. Además, certifico que toda la información proporcionada en la sección Información del profesional de la salud con licencia es correcta. Acepto que los medicamentos que Novo Nordisk me ha proporcionado para el solicitante nombrado en la sección Información del solicitante serán proporcionados por mí a dicho solicitante elegible para su propio uso sin costo alguno. No utilizaré ninguno de estos medicamentos ni recetaré, proporcionaré o entregaré la totalidad o parte de estos para el uso de ninguna otra persona. Doy mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda comunicarse con el solicitante nombrado en la sección Información del solicitante para verificar el estado del solicitante y la recepción de los medicamentos indicados. Doy también mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda realizar, a su criterio y con aviso adecuado, una auditoría/revisión en el centro solamente de los registros del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Novo Nordisk para la diabetes relacionados con el solicitante mencionado anteriormente en esta solicitud. Entiendo que no soy elegible para solicitar el reembolso de ningún medicamento que despache el PAP, por ningún programa gubernamental o compañía de seguros externa y no consideraré los medicamentos proporcionados a través del PAP como costos reales y directos del bolsillo (TrOOP) del solicitante. También entiendo que la elegibilidad conforme al PAP está sujeta a la discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho a modificar o finalizar en cualquier momento el PAP. Por último, declaro que no recibo pagos directos o indirectos relacionados con el PAP.”</p>
-----------	--

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 Fax: 866-441-4190

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, NovoFine®, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, Ozempic®, PenFill®, Rybelsus®, Tresiba®, Xultophy®, y Zegalogue® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.



Novo Nordisk

Solicitud del Programa de asistencia al paciente

Sección para el recetador

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento*:
Nombre del recetador*:	Apellido del recetador*:	NPI*:

Producto*	Dosis máxima/día (unidades)	Instrucciones*	Fórmula* Cart = Cartucho	Cantidad
Insulina				
Tresiba® (insulina degludec), inyectable U-100			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexTouch®	
Insulina Degludec, inyectable U-100 (UB)			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexTouch®	
Tresiba® (insulina degludec), inyectable U-200			<input type="checkbox"/> FlexTouch®	
Insulina Degludec, inyectable U-200 (UB)			<input type="checkbox"/> FlexTouch®	
Fiasp® (insulina aspart), inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen® <input type="checkbox"/> Cart	
NovoLog® (insulina aspart), inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen® <input type="checkbox"/> Cart	
Insulina aspart, inyectable 100 U/ml (UB)			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen® <input type="checkbox"/> Cart	
Novolin® R (insulina humana), inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco	
Novolin® N (insulina isófana humana), suspensión inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco	
NovoPen Echo®		<input type="checkbox"/> 1 pluma		
NovoLog® Mix 70/30 (insulina aspart protamina e insulina aspart), suspensión inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen®	
Suspensión Inyectable de protamina de insulina aspart e insulina aspart mezcla 70/30 100 U/ml (UB)			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen®	
Novolin® 70/30 (suspensión inyectable de insulina isofana humana e insulina humana) 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco	
Otro				
Zegalogue® (dasiglucagon), inyectable 0.6 mg/0.6 ml		<input type="checkbox"/> Envase de 1 autoinyector <input type="checkbox"/> Envase de 1 jeringas precargada	<input type="checkbox"/> Envase de 2 autoinyectores <input type="checkbox"/> Envase de 2 jeringas precargadas	
Agujas				
NovoFine® 32G 6mm (100 agujas/caja)				
FlexPen®/FlexTouch® se utilizan con agujas desechables de Novo Nordisk. Las agujas no se enviarán como parte del pedido del PAP si no se solicitan.				
Al firmar abajo, reconozco que leí y acepto la Declaración del profesional de la salud en la página 7. Los productos se entregan tal como están escritos. (Se aceptan firmas manuscritas/electrónicas válidas; no se permiten fotocopias, poder notarial ni firmas estampadas.)				
Firma del profesional*:			Fecha*:	

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 Fax: 866-441-4190

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, NovoFine®, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, Ozempic®, PenFill®, Rybelsus®, Tresiba®, Xultophy®, y Zegalogue® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.



Novo Nordisk

Solicitud del Programa de asistencia al paciente

Sección para el recetador

*Los asteriscos indican un campo obligatorio. No lo deje en blanco.

Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento*:
Nombre del recetador*:	Apellido del recetador*:	NPI*:

Agonistas del receptor GLP-1

† Todos los pedidos se surtirán con un suministro de hasta 120 días, a menos que el recetador indique lo contrario. Si es el recetador, complete la solicitud con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. La recarga automática de Ozempic® SÓLO está disponible si se seleccionan 4 cajas de la misma dosis.

Producto*	Instrucciones*	Fórmula*	Cantidad†
Ozempic® (semaglutida), inyectable 3 ml Pluma que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg (incluye 6 agujas)	0.25 mg semanalmente por 4 semanas, luego 0.5 mg por 2 semanas	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma (6 semanas)	1 caja
Ozempic® (semaglutida), inyectable 3 ml Pluma que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg (incluye 6 agujas)	0.5 mg semanalmente por 4 semanas	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma (4 semanas)	_____ caja(s)
Ozempic® (semaglutida), inyectable 3 ml Pluma que administra dosis de 1 mg (incluye 4 agujas)	1 mg semanalmente por 4 semanas	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma (4 semanas)	_____ caja(s)
Ozempic® (semaglutida), inyectable 3 ml Pluma que administra dosis de 2 mg (incluye 4 agujas)	2 mg semanalmente por 4 semanas	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma (4 semanas)	_____ caja(s)

Total Ozempic®: Debe ser igual a 4 cajas

Nota: Ozempic® 0.25 mg está prevista solo para el inicio del tratamiento.

Rybelsus® (semaglutida), tabletas Seleccione 1 de las opciones	<input type="checkbox"/> 3 mg/7 mg <input type="checkbox"/> 7 mg/7 mg <input type="checkbox"/> 7 mg/14 mg <input type="checkbox"/> 14 mg/14 mg	Suministro para 60 días Suministro para 60 días Suministro para 60 días Suministro para 60 días
	<input type="checkbox"/> 7 mg <input type="checkbox"/> 14 mg	Suministro para 120 días Suministro para 120 días

Nota: Rybelsus® 3 mg está prevista solo para el inicio del tratamiento.

Combinación de GLP-1/Insulina

Xultophy® 100/3.6 (insulina degludec y liraglutida), inyectable 100 U/ml & 3.6 mg/ml	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma
--	--

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 Fax: 866-441-4190

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, NovoFine®, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, Ozempic®, PenFill®, Rybelsus®, Tresiba®, Xultophy®, y Zegalogue® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

Solicitud del Programa de asistencia al paciente

¿Qué debe esperar a continuación?



Adjunte toda la documentación adicional a su entrega.



Espere al menos **2 días hábiles** para el procesamiento.



La decisión sobre la inscripción se enviará por correo o fax a los pacientes y a los proveedores de atención médica. Los pacientes que hayan optado por recibir llamadas telefónicas automáticas o pregrabadas también recibirán las decisiones sobre la inscripción por teléfono.



Una vez aprobada su inscripción, espere **entre 10 y 14 días hábiles (21 días)** para la entrega del medicamento en la dirección del consultorio del proveedor de la salud indicada en esta solicitud. El consultorio del proveedor de la salud se pondrá en contacto con el paciente para coordinar la recogida.



Los pacientes aprobados sin seguro permanecerán inscritos durante 12 meses. Los pacientes de la Parte D de Medicare están inscritos hasta el final del año calendario y deberán volver a presentar la solicitud después del 15 de octubre para el año siguiente.

Recetadores: reposición automática

(Actualmente no disponible para residentes de Maine/Minnesota)

Todos los solicitantes nuevos se inscribirán automáticamente en nuestro programa de reposición automática para todos los medicamentos elegibles^a.

^aNovoPen Echo®, Zegalogue®, y TODAS las combinaciones de suministro para 60 días de Rybelsus® NO son elegibles para la reposición automática. La recarga automática de Ozempic® SÓLO está disponible si se seleccionan 4 cajas de la misma dosis.

Si hay un cambio en la dirección, medicación o dosis del paciente, o si el paciente ya no está bajo su atención, comuníquese al 1-866-310-7549 para que podamos hacer cualquier ajuste o cancelar futuras recargas automáticas. Todo medicamento que se proporcione conforme al PAP a pacientes calificados bajo su atención debe ser entregado y aceptado por usted o por el personal de su consultorio para su posterior entrega solo al paciente específico que reúne los requisitos del PAP. La reposición automática finalizará cuando haya vencido el período de inscripción del paciente.

La Parte D de Medicare solo recibirá reposiciones para proporcionar medicamentos que duren hasta el final de su inscripción.



Si es el recetador, marque esta casilla para optar por no recibir las reposiciones automáticas

(Nota: Si se opta por no recibir reposiciones automáticas, los recetadores son responsables de iniciar cualquier reposición futura.)

Teléfono: 866-310-7549 Lun. a vier., de 8 a. m. a 8 p. m. ET Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 Fax: 866-441-4190

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, NovoFine®, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, Ozempic®, PenFill®, Rybelsus®, Tresiba®, Xultophy®, y Zegalogue® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.