

El Programa de Asistencia al Paciente (PAP) con Diabetes de Novo Nordisk ofrece medicamentos sin costo a los solicitantes que cumplan los requisitos. Si el solicitante reúne los requisitos según las pautas del Programa de Asistencia al Paciente con Diabetes de Novo Nordisk, se enviará una provisión para un máximo de 120 días de los medicamentos o dispositivos requeridos **al profesional certificado del solicitante para dispensarlos.**

---

**El PAP de Novo Nordisk es gratuito.**  
**No hay costo de inscripción ni cuota mensual para participar en el PAP de Novo Nordisk.**

---

## Elegibilidad del paciente

- **Usted debe ser ciudadano o residente legal de Estados Unidos.**
- **El ingreso total de su hogar debe ser igual o inferior al 400% del índice federal de pobreza (FPL). Encontrará las pautas actuales del FPL en el sitio web de NeedyMeds: <https://www.needymeds.org/poverty-guidelines-percents/>.**
- **No puede tener ninguna cobertura privada para las recetas (como un plan HMO o PPO).**
- **No debe tener ni ser elegible para:**
  - Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) para las recetas;
  - Cualquier programa federal, estatal o local como Medicare o Medicaid.

### Las excepciones son:

- Los pacientes beneficiarios de la **Parte D de Medicare** que hayan gastado \$1,000 en medicamentos recetados en el actual año calendario;
- Los pacientes que sean **elegibles para Medicare y no tengan la cobertura de la Parte D de Medicare que hayan solicitado y a quienes se les haya denegado la Ayuda extra/ Subsidio por bajos ingresos (LIS).**  
*Para solicitar el LIS, llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778) o visite [www.ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/](http://www.ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/).*
- Los pacientes elegibles para Medicaid que **hayan solicitado y a quienes se les haya denegado Medicaid.**

**Para ver más información y una lista completa de los productos que están cubiertos:**

**Pacientes:** visite [NovoPAP.com](http://NovoPAP.com)

**Profesionales médicos:** visite [NovoPAPhcp.com](http://NovoPAPhcp.com)

**NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

## Instrucciones para llenar la solicitud

### Llene **TODOS** los campos para evitar que le devuelvan una solicitud incompleta.

Asegúrese de que la solicitud esté firmada y fechada por el médico prescriptor.

Recuerde incluir en la información del pedido las agujas desechables para plumas (si corresponde).

Asegúrese de que el paciente firme la sección de certificación y, si está inscrito en la Parte D de Medicare, que también firme la certificación de la Parte D de Medicare. **Los inscritos en la Parte D de Medicare deben haber gastado \$1,000 en medicamentos recetados en el actual año calendario antes de presentar esta solicitud. Las solicitudes de los inscritos en Medicare para participar en el PAP deben presentarse antes del 30 de noviembre de cada año calendario.**

Incluya todos los documentos obligatorios según la sección **"Documentos necesarios"** que está a continuación.

Envíe por fax la solicitud llenada y los comprobantes de ingresos al 866-441-4190, o envíelos por correo a Novo Nordisk Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876. Todas las solicitudes y los pedidos de reposición deben enviarse desde el consultorio del profesional médico.

### Documentos necesarios

- Es obligatorio presentar los comprobantes de ingresos. Proporcione **uno** de los siguientes documentos para demostrar el ingreso bruto anual ajustado de su hogar:
  - Copia de los dos últimos talonarios de cheques de sueldo o las declaraciones de ingresos de todos los miembros de su hogar que trabajen;
  - Copia de la declaración federal de impuestos sobre la renta del año pasado (1040);
  - Copia de los ingresos del Seguro Social, pensiones y otras declaraciones de ingresos, como declaraciones de intereses o dividendos;
  - Copia de los formularios W-2 o 1099;
  - Copia de la declaración del subsidio por desempleo.
- Formulario de elegibilidad para Medicaid (si corresponde).
- Gastos de bolsillo de la Parte D de Medicare (si corresponde).
  - Fotocopie la documentación que demuestre que el paciente ha gastado \$1,000 en medicamentos recetados para el año de beneficios correspondiente (carta del proveedor del plan, declaración, explicación de beneficios [EOB] o impreso de la farmacia claramente fechado que muestre el monto pagado por cada medicamento).

**NOTA: Las solicitudes nuevas y las de renovación anual sin la documentación de comprobación de ingresos se consideran incompletas. Si se solicita, debe presentarse la documentación de denegación de Medicaid.**

### Qué esperar a continuación

- Espere 1 o 2 días hábiles para que se tramite la solicitud.
- Si se aprueba, espere de 7 a 10 días hábiles más para que se envíe el medicamento al consultorio del médico prescriptor.
- Si necesitamos más información para completar la evaluación de su solicitud, nos comunicaremos con usted por correo o por teléfono.
- Una vez aprobada la solicitud, usted y el médico prescriptor recibirán una carta de aprobación.
- Su inscripción en el programa durará 12 meses. Los pacientes beneficiarios de la Parte D de Medicare estarán inscritos hasta el final del año calendario.

**NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

Parte 1 de 3: Información sobre el proveedor

PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

A	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA
---	----------------------	-------------------------------------

B	<b>Información sobre el profesional médico certificado</b>	
	Nombre del profesional:	Número de licencia estatal:
	Certificación profesional:	Fecha de vencimiento:
	Dirección postal de envío del profesional (no se aceptan números de apartado postal):	
	Ciudad, estado y código postal de envío del profesional:	
	Teléfono del consultorio:	Fax del consultorio:
	Correo electrónico del consultorio:	Nombre de contacto del consultorio:
Días de la semana/horarios en los que no se aceptan envíos:		

C	<p><b>Declaración del profesional médico.</b> Por medio de mi firma declaro que soy un profesional médico certificado elegible según la ley estatal para recetar, recibir y dispensar los medicamentos solicitados que se mencionan en el pedido adjunto, enviados desde Novo Nordisk, y que no tengo prohibido participar en programas de atención de la salud con financiación federal. Si soy enfermero especializado, auxiliar médico o farmacéutico, certifico que estoy autorizado y soy elegible en el estado en el cual ejerzo actualmente para recetar estos productos, y que tengo la aprobación de mi médico supervisor para hacerlo si así lo exige la ley. Además, certifico que toda la información proporcionada en la sección Información sobre el profesional médico certificado es correcta. Acepto entregar al solicitante elegible mencionado en la sección Información sobre el paciente los medicamentos que Novo Nordisk me envíe para que este los use sin cargo alguno. No usaré esos medicamentos de ninguna otra manera ni recetaré, entregaré o dispensaré la totalidad o parte de ellos para que los use ninguna otra persona. Doy mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda comunicarse con el solicitante mencionado en la sección Información sobre el paciente para verificar el estatus del solicitante y la recepción de los medicamentos indicados. Además, doy mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda realizar una auditoría <i>in situ</i> de los registros del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) con Diabetes de Novo Nordisk relacionados con el solicitante mencionado anteriormente en esta solicitud. Entiendo que no tengo derecho a solicitar de ningún programa gubernamental o tercero asegurador el reembolso de ningún medicamento dispensado por el Programa de Asistencia al Paciente con Diabetes de Novo Nordisk y no aplicaré ningún medicamento del Programa de Asistencia al Paciente con Diabetes de Novo Nordisk a los gastos de bolsillo reales (TrOOP) del solicitante. También entiendo que la elegibilidad según el PAP está sujeta al criterio de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho a modificar o dar por terminado el PAP en cualquier momento. Finalmente, certifico que no recibo pagos directos ni indirectos relacionados con el PAP.</p>	
	Firma del profesional (no se aceptan fotocopias ni firma de poder notarial):	Fecha:

FIRMA DEL  
PROFESIONAL

**NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

### Parte 1 de 3: Información sobre el proveedor

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente: MM / DD / AAAA

Información sobre el pedido (si corresponde, incluya el pedido de agujas desechables en la página siguiente)		
Nombre del producto	Dosis máxima/día (unidades)	Firma
<b>Tresiba®</b> (insulin degludec injection) 100 U/ml, 200 U/ml		
0169266211 Tresiba® U-100, vial de 10 ml		
0169266015 Tresiba® U-100 FlexTouch® (5 plumas x 3 ml/pluma)*		
0169255013 Tresiba® U-200 FlexTouch® (3 plumas x 3 ml/pluma)*		
<b>Levemir®</b> (insulin detemir injection) 100 U/ml		
0169368712 Levemir®, vial de 10 ml		
0169643810 Levemir® FlexTouch® (5 plumas x 3 ml/pluma)*		
<b>Fiasp®</b> (insulin aspart injection) 100 U/ml		
0169320111 Fiasp®, vial de 10 ml		
0169320415 Fiasp® FlexTouch® (5 plumas x 3 ml/pluma)*		
0169320515 Fiasp® PenFill®, cartucho (5 x 3 ml)		
<b>NovoLog®</b> (insulin aspart injection) 100 U/ml		
0169750111 NovoLog®, vial de 10 ml		
0169633910 NovoLog® FlexPen® (5 plumas x 3 ml/pluma)*		
0169330312 NovoLog® PenFill®, cartucho (5 x 3 ml)		
<b>NovoLog® Mix 70/30</b> (NovoLog® Mix 70/30 (insulin aspart protamine and insulin aspart injectable suspension) 100 U/ml		
0169368512 NovoLog® Mix 70/30, vial de 10 ml		
0169369619 NovoLog® Mix FlexPen® (5 plumas x 3 ml/pluma)*		
<b>Novolin®</b> (human insulin [rDNA origin] injection) 100 U/ml		
0169183311 Novolin® R (insulin human injection) 100 U/ml, vial de 10 ml		
0169183411 Novolin® N (isophane insulin human suspension) 100 U/ml, vial de 10 ml		
0169183711 Novolin® 70/30 (human insulin isophane suspension and human insulin injection) 100 U/ml, vial de 10 ml		
<b>Victoza®</b> (liraglutide) injection, 1.2 mg o 1.8 mg		
0169406012 Victoza® 6 mg/ml (2 plumas x 3 ml/pluma)*		
0169406013 Victoza® 6 mg/ml (3 plumas x 3 ml/pluma)*		
<b>Ozempic®</b> (semaglutide injection) 0.5 mg o 1 mg		
0169413212 Ozempic® 0.25 mg o 0.5 mg/ml (1 pluma x 1.5 ml/pluma)		
0169413602 Ozempic® 1 mg/ml (2 plumas x 1.5 ml/pluma)		
<b>Xultophy® 100/3.6</b> (insulin degludec & liraglutide injection) 100 U/ml y 3.6 mg/ml		
0169291115 Xultophy® 100/3.6 100 U/3.6 mg/ml (5 plumas x 3 ml/pluma)*		

\*Este artículo se utiliza con agujas desechables Novo Nordisk. No se enviarán las agujas como parte del pedido del PAP si no se las solicita.

[VEA MÁS PRODUCTOS EN LA PÁGINA SIGUIENTE.](#)

**NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, Levemir®, Novolin®, NovoLog®, Ozempic®, PenFill®, Tresiba®, Victoza® y Xultophy® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

© 2019 Novo Nordisk. Todos los derechos reservados.

### Parte 1 de 3: Información sobre el proveedor

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

MM / DD / AAAA

Información sobre el pedido (continuación)			
	Nombre del producto	Dosis máxima/día (unidades)	Firma
D	<b>GlucaGen® HypoKit®</b> (glucagon for injection) 1 mg/ml		
	0169706515 GlucaGen® HypoKit®		
	<b>Si se necesitan agujas, elija entre las siguientes opciones:</b>		
	0169185189 NovoFine® 32G (100 agujas/caja)		
	0169185550 NovoFine® Plus 32G (100 agujas/caja)		
	0169185389 NovoTwist® 32G (100 agujas/caja)		
	<b>NovoPen Echo®</b>		
	1069185459 NovoPen Echo®		

Salvo que se las haya solicitado específicamente, las agujas desechables de Novo Nordisk no se enviarán de forma automática como parte del pedido del PAP.

Todos los pedidos se despacharán con una provisión para un máximo de 120 días, a menos que el médico prescriptor indique lo contrario.  
Todas las solicitudes de renovación debe hacerlas directamente el médico prescriptor al Programa de Asistencia al Paciente de Novo Nordisk.

RYBELSUS® (semaglutide) comprimidos de 7 mg o 14 mg		
<b>Todos</b> los pedidos de RYBELSUS® se completarán con un suministro para <b>60 días</b> . Elija <b>1</b> de las opciones de combinación siguientes. El médico prescriptor debe hacer directamente todas las solicitudes de repetición de pedido al Programa de Asistencia al Paciente de Novo Nordisk.		
	Combinación	Cantidad
E	<b>3 mg/7 mg</b> (0169430313 RYBELSUS® comprimidos de 3 mg + 0169430713 RYBELSUS® comprimidos de 7 mg)	<b>1</b>
	<b>7 mg/7 mg</b> (0169430713 RYBELSUS® comprimidos de 7 mg + 0169430713 RYBELSUS® comprimidos de 7 mg)	<b>1</b>
	<b>7 mg/14 mg</b> (0169430713 RYBELSUS® comprimidos de 7 mg + 0169431413 RYBELSUS® comprimidos de 14 mg)	<b>1</b>
	<b>14 mg/14 mg</b> (0169431413 RYBELSUS® comprimidos de 14 mg + 0169431413 RYBELSUS® comprimidos de 14 mg)	<b>1</b>

**NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

PO Box 370  
Somerville, NJ 08876  
Teléfono: 866-310-7549  
Fax: 866-441-4190

Nueva solicitud  
Renovación anual

Parte 2 de 3: Información para el paciente

PARA EL PACIENTE	
A	Nombre del paciente: <span style="float: right;">Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA</span>
	Sexo: Masculino Femenino <span style="float: right;">Número de Seguro Social: - -</span>
	Dirección postal del paciente:
	Ciudad, estado y código postal del paciente:
	Como parte de este PAP, Novo Nordisk puede enviarle recordatorios de reposición y notificaciones en relación con la inscripción en el programa por medio de llamadas telefónicas. Al marcar la siguiente casilla de verificación, doy mi consentimiento para recibir: Llamadas de marcación automática y pregrabadas a los números de teléfono que proporciono aquí debajo. Entiendo y acepto que, al marcar esta casilla e ingresar mis números de teléfono, estoy otorgando mi consentimiento expreso por escrito para recibir llamadas de marcación automática y pregrabadas por parte de Novo Nordisk y sus proveedores de servicios del PAP en mi teléfono celular y/o fijo. También entiendo que mi consentimiento es opcional y que puedo revocarlo libremente.
	Teléfono: - - <span style="float: right;">Teléfono celular: - -</span>
	Correo electrónico:
	Información del representante autorizado por el paciente <span style="float: right;">Relación con el paciente:</span> Nombre: Número de teléfono: - -
B	Ingreso bruto anual ajustado del hogar según la declaración de impuestos federales más reciente: \$ _____
	Cantidad de personas en el hogar (incluido el paciente): _____ <span style="float: right;">Cantidad de personas menores de 18 años en el hogar: _____</span>
C	El paciente, ¿tiene cobertura seguro privado para recetas (sin incluir un plan de la Parte D de Medicare)? <span style="float: right;">Sí No</span>
	El paciente, ¿está inscrito en Medicaid? <span style="float: right;">Sí No</span>
	El paciente, ¿está inscrito en la Parte A y/o Parte B de Medicare? <span style="float: right;">Sí No</span> <span style="float: right;">Número de ID de Medicare:</span>
	<b>El paciente, ¿está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare?</b> <span style="float: right;"><b>Sí No</b></span> (Si la respuesta es afirmativa, deben entregarse con esta solicitud comprobantes de gastos de bolsillo por \$1,000).
	Número de ID de la Parte D de Medicare:
El paciente, ¿está inscrito en un plan del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)? <span style="float: right;">Sí No</span>	

Parte 3 de 3: Certificación y autorización del paciente

PARA EL PACIENTE

**Declaración del paciente.** Certifico que:

- No tengo la capacidad para pagar los medicamentos que el profesional médico solicita en las recetas adjuntas;
- Solicité y me denegaron la Ayuda extra/Subsidio por bajos ingresos (LIS) de Medicare (si corresponde);
- Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, y confirmaré cualquier información que proporcione al Programa de Asistencia al Paciente (PAP) si el PAP lo solicita;
- Confirmaré el estado de mi solicitud para el PAP y la recepción de los medicamentos indicados si el PAP lo solicita;
- Si se aprueba mi participación en el PAP, no solicitaré a ningún programa gubernamental o tercero asegurador el reembolso de los medicamentos pedidos.

A

Entiendo y acepto que:

- Mi elegibilidad para participar en el PAP está sujeta a la decisión de Novo Nordisk y que Novo Nordisk puede modificar o dar por terminado el PAP en cualquier momento;
- Me pueden exigir que proporcione pruebas de que no soy elegible para ciertos otros programas de cobertura de medicamentos recetados a fin de cumplir los requisitos de elegibilidad para el PAP;
- Tengo la obligación de informar al PAP de cualquier cambio en mi seguro médico y cobertura de medicamentos recetados.

**Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firma de poder notarial):**

**Fecha:**

FIRMA DEL  
PACIENTE

**Obligatorio para los INSCRITOS EN LA PARTE D DE MEDICARE.** Entiendo y acepto que:

- Si recibo la aprobación para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP), recibiré del PAP una provisión para un máximo de 120 días de los medicamentos y/o dispositivos;
- Soy elegible para recibir medicamentos del PAP hasta el final de este año calendario;
- Todas las solicitudes para la Parte D de Medicare deben haberse tramitado antes del 30 de noviembre de cada año calendario;
- No solicitaré a mi plan de recetas de la Parte D de Medicare los medicamentos de Novo Nordisk requeridos mientras los reciba del PAP; no soy elegible para solicitar de ningún programa gubernamental o tercero asegurador el reembolso de ningún medicamento dispensado por el PAP, y no aplicaré ningún medicamento del PAP a mis gastos de bolsillo reales (TrOOP).

B

**Se requiere la firma solamente si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare.**  
**Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firma de poder notarial):**

**Fecha:**

FIRMA DEL  
PACIENTE

**Autorización del paciente para compartir información médica.** Autorizo a mis profesionales médicos, mi plan de salud y mis aseguradoras a entregar a los proveedores externos de Novo Nordisk a cargo de la administración del PAP mi información médica u otro tipo de información sobre mi uso o necesidad de los medicamentos que el PAP suministre. A continuación se hace referencia a mi información médica o de otra naturaleza como "Información".

Autorizo a Novo Nordisk y sus proveedores externos a seguir usando y revelando mi Información en relación con el PAP. Entiendo que:

- Las personas del PAP, Novo Nordisk u otras personas o entidades que trabajen en nombre del PAP o de Novo Nordisk podrían ver y usar mi Información para administrar el PAP.
- La información de seguridad que se reciba en relación con un producto de Novo Nordisk durante el programa se enviará a Novo Nordisk, donde se recopila la información en interés de la seguridad de los pacientes. La información se archivará en una base de datos general y podría comunicarse a las autoridades reguladoras. Novo Nordisk conservará los datos mientras así lo exijan las normas y regulaciones pertinentes.
- Novo Nordisk o el PAP pueden dar mi Información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para confirmar mi afiliación a la Parte D de Medicare, y comunicar a los CMS y a mi plan de la Parte D de Medicare sobre mi inscripción en el PAP.
- Mi Información incluirá mi nombre, dirección, número del Seguro Social, ingresos, cobertura de recetas, recetas para medicamentos, documentos financieros y registros de seguros.
- Mi Información se utilizará para ver si cumplo los requisitos para participar en el PAP, para el envío de los medicamentos correspondientes.
- Desde el PAP me notificarán si no cumplo los requisitos para participar en el programa.

Sin limitar los objetivos de la revelación de la Información establecida anteriormente, entiendo que:

- El PAP, Novo Nordisk y otras personas o entidades que los ayuden mantendrán la privacidad de mi Información, pero es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan una vez que esta se revele y que quienes la reciban la vuelvan a revelar legalmente si la ley estatal no lo prohíbe.
- Esta autorización se vencerá en 1 año a partir de la fecha de la firma de este formulario.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Novo Nordisk a la dirección que figura en este formulario, pero mi cancelación no modificará ninguna acción tomada con mi Información antes de dicha cancelación.
- Tengo derecho a recibir de mi profesional médico y/o de Novo Nordisk una copia de esta autorización y puedo revisar/obtener una copia de la información revelada de conformidad con esta autorización.
- Puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no se modificará el trato que reciba de mis profesionales médicos, planes de salud y aseguradoras.
- Si no firmo este formulario, no podré participar en el PAP.

¿Da su permiso para compartir su información personal con Novo Nordisk, quien podrá ponerse en contacto con usted y hacerle preguntas de seguimiento así como comunicar su información personal a la FDA a fin de cumplir las normas y regulaciones pertinentes?      Sí      No

*Si la respuesta es negativa, la información de seguridad se notificará a Novo Nordisk sin proporcionar sus datos personales.*

**Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firma de poder notarial):**

**Fecha:**

FIRMA DEL  
PACIENTE

**Si la firma es del representante del paciente, deben describirse la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente y proporcionarse prueba de la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente:**