programa de asistencia al paciente

Solicitud de reposición/renovación de pedido al Programa de Asistencia al Paciente de Novo Nordisk

novo nordisk®

El formulario debe enviarlo directamente el profesional médico e incluir una carta de presentación/membrete que identifique claramente a dicho profesional como remitente. Debe suministrarse toda la información a menos que se indique lo contrario.

Fax: (866) 441-4190 Teléfono: (866) 310-7549

☐ Marque esta casilla si este pedido es para un nuevo producto o un cambio de dosis

Información sobre el solicitante (un paciente por formulario)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: / /

Número de ID del paciente (si está disponible):

Estado del paciente:

Información sobre el profesional médico certificado

Nombre del profesional:

Certificación profesional:

Número de licencia estatal:

Fecha de vencimiento:

Número de NPI:

Dirección postal de envío del profesional (no se aceptan números de apartado postal):

Ciudad, estado y código postal de envío del profesional:

Teléfono del profesional: ( ) -

Fax del profesional: ( ) -

Correo electrónico del profesional (opcional):

Información sobre el pedido

Nombre del producto	Dosis máxima por día	Firma/Instrucciones

Información sobre las agujas (si corresponde), marque una opción

☐ NovoFine® Plus 32G 4mm (100/caja) ☐ NovoFine® 32G 6mm (100/caja) ☐ NovoTwist® 32G 5mm (100/caja)

Declaración del profesional médico. 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 *in situ* 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.

Firma del profesional (no se aceptan fotocopias ni sellos como firma):

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fecha:

NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

NovoFine®, NovoFine® Plus y NovoTwist® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S.
Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.
© 2019 Novo Nordisk Todos los derechos reservados. Octubre 2019