

El formulario debe enviarse directamente al 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

Fecha:

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: / /
Otros medicamentos:	
Alergias conocidas a fármacos:	
Número de ID del paciente (si está disponible):	Estado del paciente:
Dirección postal del paciente Ciudad, estado y código postal (no se aceptan números de apartado postal):	

Información sobre el profesional médico certificado

Nombre del profesional:	Número de licencia estatal:
Certificación profesional:	Número de NPI:
Dirección postal de envío del profesional (no se aceptan números de apartado postal):	
Dirección de envío del profesional Ciudad, estado y código postal:	
Teléfono del profesional: () -	Fax del profesional: () -
Correo electrónico del profesional (opcional):	

Información sobre el pedido (vea más opciones en la página siguiente)

Producto	Dosis máxima/día (unidades)	Indicaciones (p. ej., cada día, 2/d)	Formulación	Cantidad
Fiasp® (insulin aspart injection) 100 U/ml			Vial FlexTouch®* Cartucho	
Tresiba® (insulin degludec injection) U-100			Vial FlexTouch®*	
Tresiba® (insulin degludec injection) U-200			FlexTouch®*	
Levemir® (insulin detemir injection) 100 U/ml			Vial FlexTouch®*	
NovoLog® (insulin aspart injection) 100 U/ml			Vial FlexPen®* Cartucho	
NovoLog® Mix 70/30 (insulin aspart protamine and insulin aspart injectable suspension) 100 U/ml			Vial FlexPen®*	
Novolin® R (insulin human injection) 100 U/ml			Vial	
Novolin® N (isophane insulin human suspension) 100 U/ml			Vial	
Novolin® 70/30 (human insulin isophane suspension and human insulin injection) 100 U/ml			Vial	
NovoFine® 32G (100 agujas/caja)				
NovoFine® Plus 32G (100 agujas/caja)				
NovoTwist® 32G (100 agujas/caja)				

Todos los pedidos se despacharán con una provisión para un máximo de **120 días**, a menos que el médico prescriptor indique lo contrario. Los pacientes que soliciten ayuda del PAP debido a que han perdido su cobertura de seguro médico a causa de la **COVID-19** recibirán una provisión de insulina suficiente para **90 días**. Prescriptores: llenar la solicitud con la máxima dosis diaria y dar indicaciones según corresponda. Todas las solicitudes de renovación debe hacerlas directamente el médico prescriptor al Programa de Asistencia al Paciente de Novo Nordisk.

*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.

Mi firma a continuación indica que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con la declaración del profesional médico de la página 2. Los productos se dispensan tal como se recetan.

Firma del profesional (no se aceptan fotocopias ni sellos como firma; se aceptan firmas electrónicas o digitales):	Fecha:
--	--------

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Información sobre el pedido (continuación)				
Producto	Dosis máxima/día (unidades)	Indicaciones (p. ej., cada día, 2/d)	Formulación	Cantidad
Ozempic® (semaglutide injection), pluma para administrar dosis de 0.25 mg o 0.5 mg			Envase con 1 pluma*	
Ozempic® (semaglutide injection), pluma para administrar dosis de 1 mg			Envase con 2 plumas*	
Victoza® (liraglutide) Injection 1.2 mg, envase con 2 plumas			Envase con 2 plumas*	
Victoza® (liraglutide) Injection 1.8 mg, envase con 3 plumas			Envase con 3 plumas*	
Xultophy® 100/3.6 (insulin degludec & liraglutide injection) 100 U/ml & 3.6 mg/ml			1 pluma*	
GlucaGen® HypoKit® (glucagon for injection) 1 mg/ml			1 kit	
NovoPen Echo®			1 pluma*	
Rybelsus® (semaglutide) comprimidos <i>Elija 1 de las opciones de combinación</i>			3 mg / 7 mg 7 mg / 7 mg 7 mg / 14 mg 14 mg / 14 mg	
<p>Todos los pedidos (excepto Rybelsus®) se despacharán con una provisión para un máximo de 120 días, a menos que el médico prescriptor indique lo contrario. Los pedidos de Rybelsus® se entregarán con una provisión de hasta 60 días. Los pacientes que soliciten ayuda del PAP debido a que han perdido su cobertura de seguro médico a causa de la COVID-19 recibirán una provisión de insulina suficiente para 90 días. Prescriptores: llenar la solicitud con la máxima dosis diaria y dar indicaciones según corresponda. Todas las solicitudes de renovación debe hacerlas directamente el médico prescriptor al Programa de Asistencia al Paciente de Novo Nordisk.</p> <p>*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.</p>				

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, asistente 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 la situación 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.

NO ADJUNTE A ESTA SOLICITUD LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.