

Teléfono: 866-310-7549

De lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M. ET  
Novo Nordisk, Inc.  
PO Box 370  
Somerville, NJ 08876  
N.º de fax 866-441-4190

## Solicitud del programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk



El Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de Novo Nordisk para la diabetes proporciona medicamentos de forma gratuita a los solicitantes que reúnan los requisitos. Si el solicitante es apto según las directrices del PAP de Novo Nordisk para la diabetes, se enviará un suministro de hasta 120 días del/de los medicamento(s) o dispositivo(s) solicitado(s) al profesional autorizado del solicitante **para su entrega**.

## Requisitos de elegibilidad

### Puede ser apto si:

- Usted es ciudadano estadounidense o residente legal.<sup>a</sup>
- Los ingresos totales de su hogar son iguales o inferiores al **400 %** del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) (el [sitio web de NeedyMeds](#) incluye las directrices actuales del FPL).
- Usted **no** tiene seguro.
- Usted **participa en Medicare**.
- Usted **no está inscrito, tieneprevisto inscribirse, ni es elegible para** ningún otro programa federal, estatal o gubernamental, como Medicaid, el subsidio de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) o los beneficios para veteranos del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veteran Affairs, VA).

¿Ha perdido su cobertura de seguro médico debido a la COVID-19?

Puede ser elegible para recibir un suministro gratuito de **insulina** de 90 días<sup>b</sup>. Marque la casilla en la parte superior de la página 2 para indicar que está solicitando el PAP **debido a la pérdida del seguro**.

Si se aprueba, recibirá insulina de forma gratuita durante 90 días. La asistencia se puede extender para los pacientes que no estén inscritos ni sean elegibles para la cobertura de Medicaid.

Los productos de insulina incluyen Tresiba®, Levemir®, NovoLog®, NovoLog® Mix 70/30, Fiasp® y Novolin®.

<sup>b</sup>La elegibilidad está sujeta al criterio de Novo Nordisk y Novo Nordisk se reserva el derecho de modificar o finalizar el PAP en cualquier momento.

## ¿Qué debe enviar?

- Solicitud completada ([firmada y fechada tanto por el paciente como por el profesional de la salud que emite la receta](#))
- Prueba de ingresos

### ¿Está solicitando el PAP de 90 días condicional debido a la COVID-19?

- Solicitud completada ([firmada y fechada tanto por el paciente como por el profesional de la salud que emite la receta](#))
- Prueba de pérdida de la **cobertura del seguro** (por ejemplo: aviso de finalización del empleo, cambio del estado del empleo, prueba de la oferta según la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA]).
- **NO SE REQUIERE PRUEBA DE INGRESOS**

### ¿Es residente de Minnesota o Maine?

- Solicitud completada ([firmada y fechada tanto por el paciente como por el profesional de la salud que emite la receta](#))
- Prueba de **ingresos**
- Licencia de conducir estatal/tarjeta de identificación/tarjeta tribal (tarjeta tribal solo para Minnesota si corresponde)

## IMPORTANTE

- Firme y feche **TODAS** las secciones aplicables.
- Asegúrese de que **TODOS** los campos \*obligatorios se hayan completado.
- Incluya **TODA** la documentación de respaldo requerida.
- Envíe por correo postal o fax la solicitud completa y copias de la documentación de ingresos requerida.

Cualquier información faltante/incompleta/ilegible puede causar un retraso en el procesamiento.

## ¿Tiene preguntas?

Teléfono: **866-310-7549** de lunes a viernes 8:00 A. M. a 8.00 P. M., hora del este

Fax: 866-441-4190

**Pacientes:** [NovoPAP.com](#) **Proveedores de atención médica:** [NovoPAPHCP.com](#)

<sup>a</sup> Incluidos los extranjeros residentes (ciudadanos no estadounidenses que residen actualmente en los Estados Unidos). **Tener en cuenta:** Los residentes de Minnesota (MN) o Maine (ME) pueden calificar para recibir insulina gratuita en virtud de las leyes de la red de seguridad de la insulina estatal para MN o ME. Los requisitos de elegibilidad incluyen los siguientes: la persona debe ser residente de Minnesota o de Maine; no debe estar inscrito en asistencia médica ni en MinnesotaCare o MaineCare; no debe inscribirse ni tener previsto inscribirse en Medicaid o Medicare Extra Help/LIS (si es elegible); el ingreso familiar total debe ser igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL); no debe recibir beneficios de atención de la salud a través de programas financiados a nivel federal, con la excepción de Medicare; no debe estar inscrito en beneficios de medicamentos recetados ni recibir estos a través del Departamento de Asuntos de Veteranos, y las personas con cobertura privada de medicamentos recetados deben tener un costo de desembolso directo para un suministro de insulina de 30 días superior a \$75.

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, GlucaGen®, HypoKit®, Levemir®, NovoFine®, NovoFine® Plus, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, NovoTwist®, Ozempic®, PenFill®, RYBELSUS®, Tresiba®, Victoza® y Xultophy® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.

© 2022 Novo Nordisk Todos los derechos reservados.

NNIPAP\_05\_03012022SP 1

## Solicitud del programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk



Marque una opción: Nueva solicitud  
Reinscripción

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

Si el paciente está solicitando PAP debido a la pérdida de cobertura del seguro médico a causa de la **COVID-19**, marque esta casilla

### SECCIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre y apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
Dirección postal del paciente* (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):	
Ciudad, estado, código postal:	
Nota: Los residentes de Minnesota o Maine que sean aptos para recibir insulina en virtud de las leyes de la red de seguridad de insulina estatal recibirán su medicamento directamente en su hogar.	
Teléfono del hogar*:	Teléfono móvil*:
Sexo: Masculino Femenino	Número del Seguro Social*:
Representante autorizado del paciente (opcional) (se requiere una copia de la identificación con fotografía del representante junto con la solicitud)	
Nombre:	Relación:
Firma del paciente:	Fecha:
Puede proporcionar los nombres de una o más personas que autoriza a hablar en su nombre con el Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk con respecto a su solicitud, el estado de su envío del medicamento o su participación en dicho programa. Las personas a las que autorice a hablar con el PAP de Novo Nordisk sobre usted pueden proporcionar o recibir su información personal según sea necesario. Novo Nordisk no acepta grupos de defensa pagados como representante autorizado del paciente. El PAP de Novo Nordisk no está afiliado a terceros que cobren una tarifa por ayudar con la inscripción. Estos terceros pueden hacer referencia a Novo Nordisk sin permiso. Los pacientes no están obligados a utilizar un tercero que cobre una tarifa para ayudar con la inscripción o las renovaciones. <b>Para retirar a un representante autorizado, llame al PAP de Novo Nordisk al 1-866-310-7549</b>	

### Seguro

¿Tiene algún tipo de cobertura de medicamentos recetados?* Si la respuesta es <b>SÍ</b> , marque <b>TODAS</b> las opciones que correspondan y complete la información a continuación. <b>SÍ NO</b>		
Nombre del plan:	ID del miembro:	N.º de teléfono:
Cobertura de medicamentos suministrada por el empleador o comercial/privada Cobertura de medicamentos recetados de Medicaid Medicare Parte B (beneficio médico que cubre algunos medicamentos recetados)	VA o beneficios militares Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) <b>(incluya una copia del anverso y el reverso de su tarjeta)</b> Subsidio de bajos ingresos (LIS/Extra Help)	
¿No está seguro de si tiene cobertura de Medicare Rx? Las tarjetas del Plan de la Parte D de Medicare suelen tener "Medicare Rx" en algún lugar de la tarjeta. Los planes Medicare Advantage con cobertura para recetas también tienen "Medicare Rx" en algún lugar de la tarjeta.		

### Ingresos (incluya la prueba de ingresos con la solicitud)

Ingresos anuales totales del hogar \$	
Cantidad de personas que viven en su hogar* (inclúyase a sí mismo, su cónyuge/pareja, todos los adultos)	Cantidad de dependientes (menores de 18 años)*
Incluya una copia de <u>una</u> de las siguientes opciones en su solicitud*: (NOTA: Proporcione una prueba de ingresos para <b>TODOS</b> los miembros del hogar).	
2 talones de pago consecutivos o declaraciones de ganancias más recientes para todos los miembros del hogar que trabajan Ingresos del Seguro Social, pensiones y otras declaraciones de ingresos, incluidas las declaraciones de intereses o dividendos Declaración de beneficios de desempleo/Indemnización laboral	Declaración de beneficios de jubilación (dentro de los 12 meses) Declaración federal de impuestos sobre el ingreso del año pasado (1040, 1040x) W-2, 1099 (SSA, R, INT, DIV) Declaración de cero ingreso (si corresponde) Declaración de beneficios de pensión (dentro de los 12 meses)

### Consentimiento del paciente

Novo Nordisk respeta su privacidad. Al aceptar recibir llamadas telefónicas automatizadas, usted entiende y acepta que está dando a Novo Nordisk (y a sus socios que facilitan el Programa de asistencia al paciente) su consentimiento expreso para recibir llamadas telefónicas automatizadas y pregrabadas de Novo Nordisk y sus socios del Programa de asistencia al paciente al número de teléfono proporcionado en su solicitud del Programa de asistencia al paciente. También entiende que se le pedirá que proporcione su número de Seguro Social y fecha de nacimiento durante la llamada pregrabada para verificar su identidad, y que esta información no será conservada por Novo Nordisk ni sus socios, sino simplemente será para asegurarse de que la persona adecuada esté en la línea. Su consentimiento es opcional y se puede retirar en cualquier momento llamándonos de nuevo y solicitando la exclusión de llamadas telefónicas automatizadas.

<b>Llamadas telefónicas pregrabadas/automatizadas*</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Información de seguridad*:</b> Doy permiso para compartir mi información personal con Novo Nordisk, que puede comunicarse conmigo por consultas de seguimiento y que puede notificar mi información personal a las autoridades sanitarias para cumplir con las normas y normativas aplicables. <i>En caso negativo, la información de seguridad se notificará a Novo Nordisk sin proporcionar mis datos personales.</i>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>

## Solicitud del programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk



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

### SECCIÓN DEL PACIENTE (continuación)

#### Información del paciente

Nombre y apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
----------------------------------	------------------------------------

#### Declaración del paciente

Certifico lo siguiente:

- Que no tengo la capacidad de pagar los medicamentos solicitados por mi profesional de atención de la salud en la(s) receta(s) adjunta(s).
- Que no estoy inscrito ni soy elegible para Medicaid o Medicare Extra Help/Subsidio de bajos ingresos (LIS).
- Que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, y verificaré cualquier información que proporcione al Programa de asistencia al paciente (PAP) cuando este la solicite.
- Que verificaré el estado de mi solicitud de PAP y la recepción del/de los medicamento(s) indicado(s) a solicitud del PAP.
- Que, si se aprueba mi participación en el PAP, no solicitaré el reembolso del/de los medicamento(s) solicitado(s) por parte de ningún programa gubernamental ni compañía de seguros externa, y cumpliré con cualquier requisito de divulgación de la compañía de seguros, incluida mi participación en este programa.
- Que he perdido mi cobertura de seguro médico debido a la COVID-19 (si corresponde). Entiendo y acepto lo siguiente:
- Que mi elegibilidad para participar en el PAP está sujeta a la decisión de Novo Nordisk y que Novo Nordisk puede modificar o finalizar el PAP en cualquier momento.
- Que se me puede pedir que proporcione pruebas de no elegibilidad para otros programas de cobertura de medicamentos recetados para cumplir los requisitos de elegibilidad para el PAP.
- Que estoy obligado a notificar cualquier cambio en mi seguro médico y en la cobertura de medicamentos recetados al PAP.

**Firma del paciente o del representante legalmente autorizado (no puede ser fotocopia ni firma por poder notarial):**

Firma del paciente\*:

Fecha\*:

#### Requerida para el SUScriptor DE LA PARTE D DE MEDICARE

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Que si se me aprueba para el Programa de asistencia al paciente (PAP), recibiré un suministro para 120 días del/de los medicamento(s) o dispositivo(s) del PAP.
- Que soy elegible para recibir medicamentos del PAP hasta el final de este año calendario.
- Que todas las solicitudes de la Parte D de Medicare se deben procesar antes del 30 de noviembre de cada año calendario.
- Que no buscaré el/los medicamento(s) de Novo Nordisk solicitados en mi plan de recetas de la Parte D de Medicare mientras reciba el/los medicamento(s) del PAP y que no soy elegible para el reembolso de ningún medicamento entregado por el PAP por parte de ningún programa gubernamental ni compañía de seguros externa y no solicitaré ningún medicamento del PAP para los costos de bolsillo reales (True-Out-of-Pocket, TROOP).

**Solo se requiere la firma si el paciente es un suscriptor de la Parte D de Medicare. Año de inscripción de la solicitud del PAP:**

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado (no puede ser fotocopia ni firma por poder notarial):

Firma del paciente:

Fecha:

#### Autorización del paciente para compartir información médica

Doy permiso a mis profesionales de atención de la salud, a mi plan de salud y a las compañías de seguros para que proporcionen información médica y de otro tipo sobre mi uso o necesidad de medicamentos proporcionados en virtud del PAP a proveedores externos de Novo Nordisk a cargo de administrar el PAP. En lo sucesivo, se hace referencia a mi información médica y de otro tipo como "Información".

Doy permiso a Novo Nordisk y a sus proveedores externos para el uso posterior y la divulgación de mi Información en relación con el PAP. Entiendo lo siguiente:

- Que las personas implicadas en el PAP, Novo Nordisk u otras personas que trabajan en nombre del PAP o Novo Nordisk pueden ver y utilizar mi Información para administrar el PAP.
- La información de seguridad recibida durante el programa relativa a un producto de Novo Nordisk se enviará a Novo Nordisk, donde la información se recopila teniendo en cuenta la seguridad del paciente. La información se archivará en una base de datos mundial y la información podrá ser comunicada a las autoridades reguladoras. Novo Nordisk conservará los datos durante el tiempo que exijan las normas y reglamentos aplicables.
- Que Novo Nordisk o el PAP pueden proporcionar mi información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para confirmar mi estado de inscripción en la Parte D de Medicare e informar a los CMS y a mi plan de la Parte D de Medicare acerca de mi inscripción en el PAP.
- Que mi información incluirá mi nombre, dirección, número del Seguro Social, ingresos, cobertura de recetas, recetas de medicamento(s), documentos financieros y registros de seguros.
- Que mi información se utilizará para ver si cumplo los requisitos para participar en el PAP a fin de enviar los medicamentos adecuados.
- Que el PAP me notificará si no cumplo los requisitos para participar en el PAP.
- Los objetivos de acceder, obtener, usar, revelar, recibir y mantener mi información médica con el fin de procesar esta solicitud, verificar la información proporcionada en esta solicitud, ayudar en la identificación o determinación de la elegibilidad en virtud del programa y otros recursos de asistencia al paciente, investigar y verificar mis beneficios del seguro, coordinar la entrega y el envío del medicamento, y realizar los servicios adicionales descritos anteriormente y ejecutar el programa, incluidos los fines empresariales internos.

Sin limitar los fines para la divulgación de la información descritos anteriormente, entiendo lo siguiente:

- Que el PAP, Novo Nordisk y otras personas que los ayudan mantendrán la privacidad de mi información, pero que las leyes federales de privacidad pueden dejar de proteger mi información una vez que se divulgue, y que mis destinatarios pueden volver a divulgar mi información legalmente si no lo prohíbe la legislación estatal.
- Que esta autorización caducará 1 año después de la fecha de firma de este formulario.
- Que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Novo Nordisk a la dirección que figura en este formulario, pero mi cancelación no cambiará ninguna acción tomada con mi información antes de cancelarla.
- Que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi profesional de atención de la salud o de Novo Nordisk, y que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información divulgada de conformidad con esta autorización.
- Que puedo negarme a firmar este formulario y que, si me niego a firmarlo, no cambiará la forma en que mis profesionales de atención de la salud, planes de salud y compañías de seguro me tratan.
- Que, si no firmo este formulario, no podré participar en el PAP.

**Firma del paciente o del representante legalmente autorizado (no puede ser fotocopia ni firma por poder notarial):**

Firma del paciente\*:

Fecha\*:

Si lo firma el representante del paciente, describa la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas por el paciente y proporcione pruebas de la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente:

## Solicitud del programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk



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

### SECCIÓN PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE EMITE LA RECETA

Nombre y apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
Otros medicamentos*:	Alergias farmacológicas conocidas*:

### Información del profesional de la salud que emite la receta

Nombre*:	Designación*:	
Dirección* Incluir el n.º de suite/edificio (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):		
Teléfono*:	Número de licencia estatal*:	Estado donde se obtuvo la licencia:
Fax*:	Contacto del consultorio:	Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI)*:

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido y acepto la Declaración del profesional de atención de la salud a continuación. Los productos se entregan tal y como están escritos. (Se aceptan firmas electrónicas manuscritas/válidas; no se permiten fotocopias, poderes de representación ni firmas estampadas)

**Declaración del profesional de atención de la salud:** "Mi firma certifica que soy un profesional de atención de la salud con licencia y elegible según la ley estatal para recetar, recibir y entregar el/los medicamento(s) solicitado(s) en la orden adjunta, enviados 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, certifico que estoy autorizado y soy elegible en el estado en el que ejerzo actualmente la profesión para recetar estos productos, y que tengo la aprobación del médico supervisor, si así lo exige la ley. También certifico que el/los producto(s) que se recetan son para tratar el/los diagnóstico(s) consistente(s) con la indicación(es) y dosificación descrita en la información de prescripción del producto. Además, certifico que toda la información proporcionada en la sección Información del profesional de atención de la salud autorizado es correcta. Acepto que el/los medicamento(s) que Novo Nordisk me ha proporcionado para el solicitante nombrado en la sección de 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 del/los medicamento(s) indicado(s). Doy también mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda realizar una auditoría en el centro 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 entregado por el PAP de Novo Nordisk para la diabetes por parte de ningún programa gubernamental ni compañía de seguros externa y no solicitaré ningún medicamento del PAP de Novo Nordisk para la diabetes para que se ingresen como costos de bolsillo reales (True-Out-Of-Pocket, TrOOP) del solicitante. También entiendo que la elegibilidad en virtud del PAP está sujeta a la discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho de modificar o finalizar el PAP en cualquier momento. Por último, certifico que no recibo pagos directos ni indirectos relacionados con el PAP".

Firma del profesional de atención de la salud\*:

Fecha\*:

### Receta

Producto	Dosis máxima/día (unidades)	Instrucciones (p. ej., una vez al día, dos veces al día)	Fórmula	Cantidad
Fiasp® (inyección de insulina aspartato) 100 U/ml			Vial FlexTouch® Cartucho	
Tresiba® (inyección de insulina degludec) U-100			Vial FlexTouch®	
Tresiba® (inyección de insulina degludec) U-200			FlexTouch®	
Levemir® (inyección de insulina detemir) 100 U/ml			Vial FlexTouch®	
NovoLog® (inyección de insulina aspartato) 100 U/ml			Vial FlexPen® Cartucho	
Inyección de insulina aspartato 100 U/ml (producto biológico sin marca*)			Vial FlexPen® Cartucho	
NovoLog® Mix 70/30 (insulina aspartato protamina y suspensión inyectable de insulina aspartato) 100 U/ml			Vial FlexPen®	
Mezcla para suspensión inyectable de insulina aspartato protamina e insulina aspartato 70/30, 100 U/ml (producto biológico sin marca*)			Vial FlexPen®	
Novolin® R (inyección de insulina humana) 100 U/ml			Vial	
Novolin® N (suspensión de insulina humana isófana) 100 U/ml			Vial	
Novolin® 70/30 (suspensión de insulina isófana e inyección de insulina humana) 100 U/ml			Vial	
NovoFine® 32 G (100 agujas/caja)				
NovoFine® Plus 32 G (100 agujas/caja)				
NovoTwist® 32 G (100 agujas/caja)				

Todas las órdenes se surtirán con un suministro de hasta **120 días**, a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique lo contrario. Los pacientes que soliciten el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) por pérdida de cobertura de seguro médico debido a la **COVID-19** recibirán un suministro de insulina para 90 días. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la aplicación con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. FlexPen®/FlexTouch® se utiliza con agujas desechables de Novo Nordisk. **Las agujas no se enviarán como parte de la orden del PAP si no se solicitan.**

\* Los productos biológicos sin marca de las insulinas análogicas con marca Novo Nordisk están disponibles en Novo Nordisk Pharma, Inc. (NNPI). Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, GlucaGen®, HypoKit®, Levemir®, NovoFine®, NovoFine® Plus, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, NovoTwist®, Ozempic®, PenFill®, RYBELSUS®, Tresiba®, Victoza® y Xultophy® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.

## SECCIÓN PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE EMITE LA RECETA (continuación)

### Información del paciente

Nombre y apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
----------------------------------	------------------------------------

### Receta (continuación)

Producto	Dosis máxima/ día (unidades)	Instrucciones (p. ej., una vez al día, dos veces al día)	Fórmula	Cantidad
Inyección de Ozempic® (semaglutida) Pluma de 1.5 ml que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg			Envase de 1 pluma	
Inyección de Ozempic® (semaglutida) Pluma de 3 ml que administra dosis de 1 mg			Envase de 1 pluma	
Inyección de Victoza® (liraglutida) de 1.2 mg, envase de 2 plumas			Envase de 2 plumas	
Inyección de Victoza® (liraglutida) de 1.8 mg, envase de 3 plumas			Envase de 3 plumas	
Xultophy® 100/3.6 (inyección de insulina degludec y liraglutida), 100 U/ml y 3.6 mg/ml			Envase de 1 pluma	
GlucaGen® HypoKit® (glucagón para inyección) 1 mg/ml			1 kit	
NovoPen Echo®			1 pluma	
Comprimidos de Rybelsus® (semaglutida) <i>Seleccione 1 de las opciones de combinación</i>			3 mg/7 mg 7 mg/7 mg 7 mg/14 mg 14 mg/14 mg	Suministro para 60 días
			7 mg 14 mg	Suministro para 120 días

Todas las órdenes se surtirán con un suministro de hasta **120 días**, a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique lo contrario. Los pacientes que soliciten el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) por pérdida de cobertura de seguro médico debido a la **COVID-19** recibirán un suministro de insulina para 90 días. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la aplicación con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. Todas las solicitudes de nuevas órdenes deben ser realizadas directamente por parte del profesional de la salud que emite la receta al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk.

FlexPen®/FlexTouch® se utiliza con agujas desechables de Novo Nordisk. **Las agujas no se enviarán como parte de la orden del PAP si no se solicitan.**

### ¿Qué debe esperar a continuación?

- Envíe por correo postal o fax la solicitud completa y la documentación de ingresos requerida.
- Espere 2 días laborables para el procesamiento.
- La decisión de inscripción se enviará por correo/fax a los pacientes y a los proveedores de atención médica. Los pacientes que opten por recibir llamadas telefónicas grabadas/marcadas automáticamente también recibirán decisiones de inscripción por teléfono.
- Una vez aprobado, espere entre 10 y 14 días hábiles adicionales para la entrega en el consultorio del proveedor de atención médica. Si es residente de MN o ME, consulte la carta de aprobación para obtener más detalles.
- Los pacientes no asegurados aprobados estarán inscritos durante 12 meses. Los pacientes de la Parte D de Medicare se inscriben hasta el final del año calendario y tendrán que volver a presentar la solicitud después del 15 de octubre para el año siguiente.

### Profesionales de la salud que emiten las recetas: reposición automática

Todos los solicitantes nuevos se inscribirán automáticamente en nuestro programa de reposición automática para todos los medicamentos elegibles<sup>a</sup>. Si cambia de dirección, medicamento o dosis del paciente, comuníquese con Novo Nordisk PAP al 866-310-7549 antes de la próxima reposición. Las reposiciones automáticas finalizarán cuando haya vencido el período de inscripción de pacientes.

Profesionales de la salud que emiten las recetas, marquen esta casilla para cancelar la opción de reposición automática

Nota: Los residentes de MN o ME actualmente no son elegibles para la reposición automática.

<sup>a</sup>GlucaGen® HypoKit®, NovoPen Echo® y TODAS las combinaciones de suministros para 60 días de Rybelsus® **NO** son elegibles para la reposición automática.