



# Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

## Solicitud de reposición, nuevo pedido o cambio

**Profesional de salud:** Utilice este formulario para solicitar un resurtido, añadir una nueva medicación, solicitar un cambio de medicación, cambiar la dosis de un medicamento actual, o para actualizar la información de contacto de su médico.

Este formulario debe ser enviado directamente por el profesional de la salud, quien deberá incluir una carta de presentación o membrete para identificarse claramente como el remitente.

Marque todas las opciones que correspondan:

Solicitud de reposición       Nuevo medicamento       Cambio de medicamento       Cambio       Otro

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

### Sección J: Información del paciente

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 profesional de la salud

Información del <b>profesional de la salud con licencia</b> (Todos los medicamentos se enviarán al prescriptor. No se permiten apartados de correos.)		
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: Declaración del profesional de la salud:

**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 la debida antelación, una auditoría o revisión en el sitio referida exclusivamente a los registros del Programa de asistencia al paciente con diabetes (PAP) de Novo Nordisk 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."

**NO INCLUYA REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados.

Versión 1 de febrero de 2025

\*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
<b>Insulina</b>				
Tresiba® (insulina degludec), inyectable U-100			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexTouch®	
<b>Insulina Degludec, inyectable U-100 (UB)</b>			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexTouch®	
Tresiba® (insulina degludec), inyectable U-200			<input type="checkbox"/> FlexTouch®	
<b>Insulina Degludec, inyectable U-200 (UB)</b>			<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 asparta), inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen® <input type="checkbox"/> Cart	
<b>Insulina aspart, inyectable 100 U/ml (UB)</b>			<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®	
<b>insulina aspart protamina e insulina aspart Suspensión Mix Inyectable de 70/30 100 U/ml (UB)</b>			<input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> FlexPen®	
Novolin® 70/30 (insulina isófana humana e insulina humana), suspensión inyectable 100 U/ml			<input type="checkbox"/> Frasco	
<b>Otro</b>				
Zegalogue® (dasiglucagon), inyectable 0.6 mg/0.6 ml		<input type="checkbox"/> Autoinyector 1 envase <input type="checkbox"/> Jeringa precargada 1 envase	<input type="checkbox"/> Autoinyector 2 envases <input type="checkbox"/> Jeringa precargada 2 envases	
<b>Agujas</b>				
<b>NovoFine® 32G 6mm (100 agujas/caja)</b>				
FlexPen®/FlexTouch® se utilizan con agujas desechables de Novo Nordisk. <b>Las agujas no se enviarán como parte del pedido del PAP si no se solicitan.</b>				
<b>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).</b>				
Firma del profesional*:			Fecha*:	

**NO INCLUYA REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados.

Versión 1 de febrero de 2025



# Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

## Solicitud de reposición, nuevo pedido o cambio

\*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), comprimidos 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 (insulin degludec & liraglutida) inyectable 100 U/ml & 3.6 mg/ml	<input type="checkbox"/> Envase de 1 pluma
--	--

**NO INCLUYA REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados.

Versión 1 de febrero de 2025