

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

El formulario debe ser enviado directamente por el proveedor de atención médica y debe incluir una carta de presentación/membrete de este para identificarlo claramente como remitente.

Marque si esta solicitud es para un nuevo fármaco o para aumentar la dosis

Información del solicitante (un paciente por formulario)

Nombre y apellido del paciente*:		Fecha de nacimiento del paciente*:
Otros medicamentos*:	Alergias farmacológicas conocidas*:	
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.		
Número de ID del paciente:	Estado del paciente:	

Información del profesional de atención de la salud autorizado

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)*:

Información del pedido (consulte la página siguiente para ver opciones adicionales)

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. 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.**

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido y acepto la Declaración del profesional de atención de la salud en la página 2. 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)

Firma del profesional de atención de la salud*:

Fecha*:

* Los productos biológicos sin marca de las insulinas análogicas con marca Novo Nordisk están disponibles en Novo Nordisk Pharma, Inc. (NNPI).

NO INCLUYA LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS PACIENTES CON ESTA SOLICITUD.

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.

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

Información del paciente

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

Información de la orden (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.**

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) enumerado(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/de 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".

NO INCLUYA LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS PACIENTES CON ESTA SOLICITUD.

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.