

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 reúne los requisitos 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

Es posible que reúna los requisitos si:

- Es ciudadano o residente legal de EE. UU.
- Sus ingresos familiares totales son iguales o menores que **400 %** del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) ([el sitio web de NeedyMeds](#) incluye los lineamientos actuales del FPL)
- **No** tiene seguro
- **Participa en Medicare**
- **No está** inscrito, **planea inscribirse** o **es elegible para** ningún otro programa federal, estatal o gubernamental, como Medicaid, Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) de Medicare o Beneficios de veteranos (Administración de Veteranos, VA)

¿Qué debe enviar?

- Solicitud completada ([firmada y fechada por el paciente y el proveedor de atención médica que receta](#))
- Comprobante de ingresos

IMPORTANTE

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

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](#)

Marque una opción: Nueva solicitud
Reinscripción

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

SECCIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento del paciente*:	
Dirección postal del paciente* (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono del hogar*:		Teléfono móvil*:	
Sexo: Masculino Femenino Prefiero no divulgar	Correo electrónico:		

Seguro

¿Tiene algún tipo de cobertura de medicamentos recetados*? Si la respuesta es SÍ, marque TODAS las opciones que correspondan y complete la información a continuación. SÍ NO

Nombre del plan:	ID del miembro:	N.º de teléfono:
Cobertura de medicamentos proporcionada por el empleador o comercial/privada Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (incluya una copia del frente y el reverso de la tarjeta) Parte B de Medicare (beneficios médicos que cubren algunos medicamentos recetados)	Beneficios del VA o del ejército Cobertura de medicamentos recetados de Medicaid Subsidio de bajos ingresos de Medicare (LIS/Ayuda adicional)	

¿No está seguro de si tiene cobertura de Medicare Rx? Las tarjetas del Plan de la Parte D de Medicare suelen tener escrito "Medicare Rx" en algún lugar de la tarjeta. Los planes Medicare Advantage con cobertura para recetas también tienen escrito "Medicare Rx" en algún lugar de la tarjeta.

Representante autorizado del paciente (opcional)

Puede proporcionar el nombre de una persona (es decir, cónyuge, hermano, hijo, etc.) con la que autoriza al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk a hablar en su nombre sobre su participación en el PAP de Novo Nordisk. 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 reposiciones.

Sí, me gustaría autorizar a una persona para que hable en mi nombre. No, no quiero que nadie hable con el PAP de Novo Nordisk en mi nombre. En caso afirmativo, indique a continuación su nombre, número de teléfono y parentesco.

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
Familiar/cuidador Otro _____	
Firma del paciente:	Fecha:

Para retirar a un representante autorizado, llame al PAP de Novo Nordisk al 1-866-310-7549.

Consentimiento de la Ley de Información Crediticia Imparcial (Fair Credit Reporting Act, FCRA)

Tiene la opción de permitir que el PAP realice una verificación electrónica de ingresos para procesar su solicitud. Marque aquí si desea elegir esta opción y no enviar sus documentos de ingresos como se indica en la página de instrucciones.

Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" en virtud de la Ley de Información Crediticia Imparcial ("FCRA"), que autoriza al PAP, Novo Nordisk y a su(s) proveedor(s) autorizado(s), de forma continua, según sea necesario, durante mi participación en los programas administrados por el PAP de Novo Nordisk, a obtener información de mi perfil de crédito u otra información del proveedor mediante la verificación electrónica de ingresos, que incluirá una verificación de crédito adicional, exclusivamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por el PAP. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de evaluación financiera. Prometo que toda la información que proporcione, incluida la información financiera y sobre seguros, es completa y verdadera. También entiendo que es posible que deba proporcionar documentación adicional y que se aplican requisitos de elegibilidad adicionales para el PAP de Novo Nordisk.

Si no da su consentimiento para una verificación electrónica de ingresos, complete la información a continuación y proporcione una prueba de ingresos.

Ingresos anuales totales del hogar \$

Cantidad de personas que viven en su hogar* (inclúyase a usted mismo, su cónyuge/pareja, todos los adultos)	Cantidad de dependientes (menores de 18 años)*
---	--

Consentimiento para pacientes suscriptores de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) (si corresponde)

Acepto (o mi padre/madre/tutor/representante legal acepta) que, si cuento con aprobación para el PAP como paciente suscriptor de la parte D de Medicare, Novo Nordisk o el PAP pueden proporcionar mi información personal a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a fin de confirmar el estado de mi inscripción (o el del paciente) en la parte D de Medicare y avisar a los CMS y a mi plan de la parte D de Medicare sobre mi inscripción en el PAP. Además, comprendo (o mi padre/madre/tutor/representante legal comprende) que, luego de la aprobación, recibiré un suministro del/de los medicamento(s) y/o dispositivo(s) de hasta 120 días a través del PAP hasta que finalice este año calendario. Acepto (o mi padre/madre/tutor/representante legal acepta) que: (i) no solicitaré el/los medicamento(s) de Novo Nordisk requerido(s) a través de mi plan de medicamentos recetados de la parte D de Medicare (o el del paciente) mientras los reciba a través del PAP; (ii) no soy elegible para recibir un reembolso mediante ningún programa gubernamental ni ninguna compañía de seguros externa por ningún medicamento proporcionado a través del PAP; y (iii) no aplicaré ningún medicamento proporcionado a través del PAP a mis costos reales de desembolso directo (True-Out-of-Pocket, TrOOP).

SOLO se requiere la firma si el paciente es un suscriptor de la Parte D de Medicare. Número de miembro/ID*:

Firma del paciente o el padre/madre/tutor/representante legal:	
Año de inscripción de la solicitud del PAP:	Fecha:

SE REQUIERE LA FIRMA

Solicitud del Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

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

SECCIÓN PARA EL PACIENTE (continuación)

Información del paciente

Nombre del paciente*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
-----------------------	------------	------------------------------------

Autorización en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Al firmar abajo, por el presente doy mi permiso (o mi padre/madre/tutor/representante legal da su permiso) para que mis proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas, planes médicos y aseguradora o aseguradoras de salud y sus contratistas (o los del paciente) divulguen toda información que sea necesaria, entre la cual se incluye mis ingresos, cobertura de medicamentos recetados, recetas médicas, afección médica, documentos financieros y registros médicos ("Información personal") (o los del paciente) al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk (conjuntamente, "PAP"). Esta información personal ayuda a que se pueda administrar el PAP al permitir lo siguiente: (i) el procesamiento de esta solicitud; (ii) la verificación de mi información; (iii) la identificación y/o determinación de la elegibilidad para el PAP y otros recursos de asistencia al paciente; (iv) la investigación y verificación de mis beneficios de seguro; (v) la coordinación de la entrega y envío de los medicamentos; (vi) la realización de servicios adicionales para llevar a cabo el PAP; y (vii) la realización de actividades de aseguramiento de la calidad y/u otras actividades comerciales internas en relación con el PAP. Asimismo, doy mi permiso (o mi padre/madre/tutor/representante legal da su permiso) para que, en el marco del PAP, se use y revele mi información personal (o la del paciente) a los proveedores de atención médica, aseguradoras, cuidadores, Novo Nordisk, sus filiales, proveedores de servicio y agentes (colectivamente, "Novo Nordisk") para los fines descritos anteriormente. Entiendo y reconozco (o mi padre/madre/tutor/representante legal reconoce) que, durante el PAP, Novo Nordisk y cualquier otro contratista autorizado que actúe en su nombre harán todo lo posible por mantener la privacidad de la información personal. Una vez que esta se haya divulgado, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad y seguridad federales o las leyes estatales vigentes. Específicamente, reconozco (o mi padre/madre/tutor/representante legal reconoce) que, una vez revelada, los destinatarios autorizados pueden volver a revelar la información personal, a menos que la ley estipule lo contrario. Entiendo (o mi padre/madre/tutor/representante legal entiende) que es posible no otorgar esta autorización. También puedo revocar (retirar) (o mi padre/madre/tutor/representante legal puede hacerlo) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-866-310-7549 o por escrito a Novo Nordisk, Inc. PO Box 370, Somerville, NJ 08876. Si se rechaza la autorización o se la revoca en el futuro, esto no afectará mi inicio ni la continuación del tratamiento (o los del paciente) proporcionado por proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios, aseguradoras, etc. **Sin embargo, si revoco esta autorización (o mi padre/madre/tutor/representante legal la revoca), ya no podré participar en los programas y/o servicios administrados mediante el PAP.** Si revoco esta autorización (o mi padre/madre/tutor/representante legal la revoca), el PAP dejará de usar o revelar mi información personal (o la del paciente) (salvo según sea necesario para finalizar mi participación), pero dicha revocación no afectará los usos ni divulgaciones de la información personal que hayan tenido lugar previamente de conformidad con esta autorización. Entiendo que recibiré (o mi padre/madre/tutor/representante legal entiende que recibirá) una copia de esta autorización que seguirá siendo válida durante un (1) año después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque con anterioridad. Asimismo, comprendo (o mi padre/madre/tutor/representante legal comprende) que el PAP puede modificarse o finalizar en cualquier momento sin una notificación previa. Al firmar abajo, reconozco que leí y acepto la Autorización del paciente que precede.

Firmo en nombre del paciente y por la presente afirmo que tengo el derecho legal de hacerlo, que soy el padre/madre o tutor legal del paciente, o que tengo un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.

Firma del paciente o del representante legal*:	Fecha*:	
Representante legal:	Relación con el paciente:	Teléfono:

SE REQUIERE LA FIRMA

Consentimiento para comunicación en virtud de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico ("TCPA")

Además, acepto (o mi padre/madre/tutor/representante legal acepta) que el PAP y terceros en su nombre me contacten mediante llamadas telefónicas realizadas con sistema de disco automático o con mensajes pregrabados al/los número(s) proporcionado(s) en esta solicitud, con fines que no sean de comercialización. Entiendo que es posible que me pidan (o mi padre/madre/tutor/representante legal entiende que es posible que le pidan) que proporcione mi código postal y fecha de nacimiento (o los del paciente) durante las llamadas pregrabadas para verificar mi identidad (o la del paciente), y que esta información no será conservada por el PAP ni por sus socios, sino que tiene como intención simplemente verificar mi identidad. Acepto (o mi padre/madre/tutor/representante legal acepta) notificar al PAP de inmediato si se produce algún cambio en mis números o direcciones en el futuro. Entiendo (o mi padre/madre/tutor/representante legal entiende) que este consentimiento no es obligatorio ni una condición de compra, y que puede revocarse en cualquier momento. Asimismo, entiendo que puedo revisar (o mi padre/madre/tutor/representante legal entiende que puede revisar) la Política de privacidad de Novo Nordisk completa en <https://www.novonordisk-us.com/privacy-notice.html>. Al proporcionar un número de teléfono y firmar abajo, reconozco que leí y acepto el consentimiento de comunicación de acuerdo con la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) que precede.

Teléfono*:

Información de seguridad

Si se informa una preocupación de seguridad, doy permiso (o mi padre/madre/tutor/representante legal da su 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 reglamentaciones aplicables.

Autorización y certificación del programa

Por la presente, declaro (o mi padre/madre/tutor/representante legal declara), que: (i) tengo más de 18 años; (ii) soy ciudadano o residente legal de Estados Unidos; (iii) no tengo la capacidad de pagar el/los medicamento(s) que solicita mi proveedor de atención médica (o el del paciente) en la(s) receta(s) adjunta(s) y reúno los criterios financieros detallados en esta solicitud para cumplir con los requisitos del programa. También declaro que no estoy inscrito ni soy elegible para ninguno de los siguientes: (i) Medicaid; (ii) Ayuda adicional/subsidio por bajos ingresos de Medicare ("LIS"); (iii) programas de seguro con financiamiento federal, salvo Medicare Parte D, o (iv) recibir beneficios de medicamentos recetados a través de la Administración de Veteranos de EE. UU., salvo los de Medicare Parte D. Los pacientes inscritos en Medicare Parte D que reúnen los criterios de elegibilidad financiera califican para el programa; pero una vez inscritos deben permanecer en el programa hasta el final del año calendario. Declaro que (i) toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta y que verificaré (o mi padre/madre/tutor/representante legal verificará) toda la información proporcionada al PAP, a solicitud expresa; (ii) verificaré el estado de mi solicitud (o la del paciente) y la recepción del/los medicamento(s) indicado(s), previa solicitud del PAP; (iii) si se aprueba mi participación en el PAP, no solicitaré (o mi padre/madre/tutor/representante legal no solicitará) el reembolso del/los medicamento(s) solicitado(s) a ningún programa gubernamental o aseguradora externa; (iv) cumpliré con cualquier requisito de divulgación de la compañía de seguros, incluida mi participación en el PAP, y (v) autorizo (o mi padre/madre/tutor/representante legal autoriza) que el PAP se ponga en contacto conmigo (o con mi padre/madre/tutor/representante legal) por correo, correo electrónico y teléfono (de acuerdo con el consentimiento de comunicación según la TCPA que precede) al/los número(s) de teléfono, direcciones de correo electrónico y direcciones que se proporcionan en esta solicitud, para que el PAP pueda brindarme acceso a los productos que me fueron recetados. Comprendo y acepto (o mi padre/madre/tutor/representante legal comprende y acepta) lo siguiente: (i) mi elegibilidad para participar en el PAP está sujeta a la decisión de Novo Nordisk y Novo Nordisk puede modificar o dar por finalizado el PAP en cualquier momento; (ii) es posible que deba demostrar la inelegibilidad para determinados programas de cobertura de medicamentos recetados a fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad del PAP; y (iii) debo informar al PAP cualquier cambio en mi seguro médico y mi cobertura de medicamentos recetados. Comprendo (o mi padre/madre/tutor/representante legal comprende) que el producto recibido a través del PAP se me proporciona en forma gratuita y que no tengo la obligación de comprarlo, dado que participo en el PAP. También doy mi permiso (o mi padre/madre/tutor/representante legal da su permiso) para que el PAP combine o englobe cualquier información recopilada sobre mí con la información que pueda obtenerse en el PAP de otras fuentes con el objetivo de proporcionar o administrar el PAP. Al llenar esta Solicitud, confirmo que lo siguiente es completo y exacto y que leí y acepto la Autorización del paciente.

Firmo en nombre del paciente y por la presente afirmo que tengo el derecho legal de hacerlo, que soy el padre/madre o tutor legal del paciente, o que tengo un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.

Firma del paciente o del representante legal*:	Fecha*:	
Representante legal:	Relación con el paciente:	Teléfono:

SE REQUIERE LA FIRMA

SECCIÓN PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECETA

Nombre del paciente*:	Apellido*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
Alergias a medicamentos conocidas*:		

Información del proveedor de atención médica que receta (Todo el medicamento se enviará al proveedor de atención médica que receta. No se permite el uso de apartados postales).

Nombre*:	Apellido*:	Designación*:
Dirección*: Suite/edificio/piso:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono*:	Número de licencia estatal*:	Estado donde se obtuvo la licencia:
Fax*:	Contacto del consultorio:	Correo electrónico del consultorio:
Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI)*:		Días en que el consultorio está cerrado para entregas:

Al firmar abajo, reconozco que leí y acepto la Declaración del proveedor de atención médica. Los productos se entregan tal y como están escritos. (Se aceptan firmas electrónicas manuscritas/válidas; no se permiten fotocopias, poderes notariales 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) enumerado(s) en el pedido adjunto, enviado(s) 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 despachar estos productos, y que tengo la aprobación del médico que me supervisa, si lo requiere la ley. **Nota: La información del proveedor de atención médica que receta debe coincidir con la firma de dicho proveedor. También certifico que el/los producto(s) que se receta(n) son para tratar el/los diagnóstico(s) 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 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 Información del solicitante será(n) proporcionado(s) 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, a su criterio y con aviso adecuado, una auditoría/revisión en el centro solamente 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 que despache el PAP, por ningún programa gubernamental o compañía de seguros externa. 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".

Firma del profesional de atención de la salud*:	Fecha*:
---	---------

SE REQUIERE LA FIRMA

Receta

Producto	Dosis máxima/día (unidades)	Instrucciones (p. ej., una vez al día, dos veces al día)	Fórmula	Cantidad
Fiasp® (insulin aspart) injection 100 U/mL			Vial FlexTouch® Cartucho	
Tresiba® (insulin degludec) injection U-100			Vial FlexTouch®	
Insulin Degludec Injection U-100 (UB)			Vial FlexTouch®	
Tresiba® (insulin degludec) injection U-200			FlexTouch®	
Insulin Degludec Injection U-200 (UB)			FlexTouch®	
NovoLog® (insulin aspart) injection 100 U/mL			Vial FlexPen® Cartucho	
Insulin Aspart Injection 100 U/mL (UB)			Vial FlexPen® Cartucho	
NovoLog® Mix 70/30 (suspensión inyectable de insulina aspart protamína e insulina aspart) 100 U/ml			Vial FlexPen®	
Suspensión inyectable de Insulin Aspart Protamína e Insulin Aspart, mezcla 70/30 100 U/ml (UB)			Vial FlexPen®	
Novolin® R (insulin human injection) 100 U/mL			Vial	
Novolin® N (isophane insulin human suspension) 100 U/ml			Vial	
Novolin® 70/30 (suspensión de human insulin isophane y human insulin injection) 100 U/mL			Vial	
NovoFine® 32G 6 mm (100 agujas/caja)				
Zegalogue® (dasiglucagon) injection 0.6 mg/0.6 mL			Autoinyector 1 envase Jeringa prellenada 1 envase	Autoinyector 2 envases Jeringa prellenada 2 envases
NovoPen Echo®			1 pluma	

Todos los pedidos se surtirán con un suministro de hasta **120 días**, a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique otra cosa. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la solicitud con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. FlexPen®/FlexTouch® vienen en paquetes de 5 plumas y se usan con agujas desechables de Novo Nordisk. **Las agujas no se enviarán como parte del pedido del Programa si no se solicitan.**

UB = producto biológico sin marca. Los productos biológicos sin marca de las insulinas analógicas con marca Novo Nordisk están disponibles en Novo Nordisk Pharma, Inc. (NNPI). Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, NovoFine®, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, Ozempic®, PenFill®, RYBELSUS®, Tresiba®, Victoza®, Xultophy® y Zegalogue® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

SECCIÓN PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECETA (continuación)

Información del paciente

Nombre del paciente*:	Apellido*:	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
Ozempic® (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg			Envase de 1 pluma	
Nota: La dosis Ozempic® 0.25 mg está prevista para el inicio del tratamiento y no es eficaz para el control glucémico. La información de prescripción del medicamento puede consultarse en www.novo-pi.com/ozempic.pdf .				
Ozempic® (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 1 mg			Envase de 1 pluma	
Ozempic® (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 2 mg (envase de 1 pluma)			Envase de 1 pluma	
Victoza® (liraglutide) injection 1.2 mg (envase de 2 plumas)			Envase de 2 plumas	
Victoza® (liraglutide) injection 1.8 mg (envase de 3 plumas)			Envase de 3 plumas	
Xultophy® 100/3.6 (insulin degludec & liraglutide injection) 100 U/mL & 3.6 mg/mL			Envase de 5 plumas	
Comprimidos de Rybelsus® (semaglutide) <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
Nota: La dosis Rybelsus® 3 mg está prevista para el inicio del tratamiento y no es eficaz para el control glucémico. La información de prescripción del medicamento puede consultarse en www.novo-pi.com/rybelsus.pdf .				
Todos los pedidos se surtirán con suministro para 120 días , a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique otra cosa. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la solicitud con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. FlexPen®/FlexTouch® se usan con agujas desechables de Novo Nordisk. Las agujas no se enviarán como parte del pedido 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 hábiles 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.
- 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

(Actualmente no disponible para residentes en ME/MN)

Todos los solicitantes nuevos se inscribirán automáticamente en nuestro programa de resurtido automático para todos los medicamentos elegibles^a.

Si cambian la dirección, medicamentos o dosis del paciente, o si el paciente ya no está bajo su cuidado, póngase inmediatamente en contacto con el PAP de Novo Nordisk al 1-866-310-7549 para que podamos hacer ajustes o cancelar el resurtido automático futuro. Todo medicamento que se proporcione conforme al PAP a pacientes calificados bajo su atención se debe entregar a usted o el personal de su consultorio, que lo deben aceptar, para su posterior entrega solo al paciente específico que reúne los requisitos del PAP. El resurtido automático finalizará cuando haya vencido el período de inscripción del paciente.

La Parte D de Medicare solo recibirá reposiciones para proporcionar medicamentos que duren hasta el final de su inscripción.

Si es proveedor de atención médica que receta, marque esta casilla para excluir el resurtido automático.

(Nota: si excluyen el resurtido automático, los proveedores de atención médica que recetan son responsables de iniciar todo resurtido futuro).

^aNovoPen Echo®, Zegalogue® y TODAS las combinaciones de suministros para 60 días de Rybelsus® **NO** son elegibles para el resurtido automático.

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