



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

El Programa de asistencia al paciente (PAP) de Novo Nordisk proporciona medicamentos sin ningún costo a los solicitantes que cumplan con los requisitos establecidos en sus directrices. Los medicamentos o dispositivos solicitados se envían a un profesional de la salud autorizado para su dispensación, hasta por un suministro de 120 días.

El PAP de Novo Nordisk es gratuito. No hay ningún cargo de inscripción ni cuota mensual por participar en el PAP de Novo Nordisk. Todas las solicitudes están sujetas a la disponibilidad del producto y a la verificación de la elegibilidad del paciente. El producto se proporciona sin costo para el paciente o proveedor de atención médica y no depende de la compra de ningún otro producto; tanto el paciente como el proveedor de atención médica aceptan no cobrar el producto a terceros ni revenderlo.

**Cada sección de este formulario debe estar completamente llena para que no haya retrasos en el procesamiento. Escriba con letra clara.**

Marque uno: **Nueva solicitud** **Reinscripción** \*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

**SECCIÓN A**

Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:		
Dirección postal del paciente* (NO APARTADO POSTAL):			
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:	
Teléfono celular*:	Otro teléfono:	Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento*:	Sexo:	Masculino	Femenino
		Prefiero no revelar	
Nombre del prescriptor*:	Apellido del prescriptor*:		
Teléfono del prescriptor*:			
¿Tiene algún tipo de cobertura para medicamentos recetados*?			
Si la respuesta es <b>SÍ</b> , marque <b>TODAS</b> las opciones que correspondan y complete la información que aparece a continuación*.			
Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D): <b>debe completar la Sección B</b>		Sí	No
Parte B de Medicare (beneficio médico que cubre algunos medicamentos recetados)			
Beneficios militares o de VA		Cobertura para medicamentos recetados de Medicaid	
Subsidio de Medicare para personas de bajos ingresos (LIS o Ayuda adicional)		Cobertura para medicamentos comercial/privada o suministrada por el empleador	
<b>Afiliados a la Parte D de Medicare: DEBEN LLENAR TODA LA SECCIÓN B</b>			
¿No está seguro de si tiene cobertura "Medicare Rx"? ¿Tiene seguro comercial y Medicare? Llame gratis al Centro de coordinación y recuperación de beneficios al 1-855-798-2627 si tiene dudas sobre sus beneficios. Las tarjetas del plan de la Parte D de Medicare suelen tener escrito "Medicare Rx" en algún lugar. Los planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados también tienen escrito "Medicare Rx" en algún lugar de la tarjeta.			

**SECCIÓN B**

**Consentimiento del afiliado a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D) del paciente (si corresponde)**

Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) acepto que si estoy (o el paciente está) aprobado para el PAP como afiliado a la Parte D de Medicare, Novo Nordisk o el PAP pueden entregar mi información personal (o la del paciente) a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para confirmar mi estado de inscripción (o el del paciente) en la Parte D de Medicare e informar a los CMS y a mi plan (o del paciente) de esta inscripción en el PAP. Además, yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que, tras la aprobación, yo (o el paciente) recibiré un suministro de 120 días de medicamentos o dispositivos del PAP hasta el final de este año calendario. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) acepto que yo (o el paciente): (i) no buscaré los medicamentos de Novo Nordisk solicitados en mi plan de prescripción de la Parte D de Medicare (o el del paciente) mientras los reciba en el PAP; (ii) no soy elegible para el reembolso de ningún medicamento dispensado por el PAP por ningún programa gubernamental o aseguradora externa; y (iii) no utilizaré ningún medicamento del PAP para mis gastos de bolsillo (o los del paciente).

<b>Firma del paciente o representante*:</b> Obligatorio ÚNICAMENTE si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare	Fecha*:
Año de inscripción de la solicitud al PAP:	Nro. de identificación del seguro*:



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

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

**SECCIÓN C**

**Consentimiento de verificación de ingresos [Ley de informes crediticios justos (Fair Credit Reporting Act, FCRA)] \*OBLIGATORIO: REQUIERE FIRMA**

**El PAP realizará una verificación electrónica de ingresos para procesar su solicitud en su nombre. Firme a continuación para dar su consentimiento.**

Comprendo que estoy proporcionando “instrucciones por escrito” en virtud de la FCRA, que autorizan al PAP, a Novo Nordisk y a sus proveedores autorizados, de forma continua y según sea necesario durante mi participación en los programas administrados por el PAP de Novo Nordisk, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor mediante la verificación electrónica de ingresos, que incluirá una verificación crediticia blanda, exclusivamente con el fin de determinar mi elegibilidad financiera para los programas administrados por el PAP. Comprendo que debo aceptar expresamente estos términos para continuar con el proceso de evaluación financiera. Declaro que toda la información que proporcione, incluida la información financiera y de seguros, es completa y verdadera. También entiendo que es posible que deba proporcionar documentación adicional y que se apliquen requisitos de elegibilidad adicionales para el PAP de Novo Nordisk.

 **Firma del paciente\*:**

**SECCIÓN D**

**Consentimiento para recopilar información de salud necesaria para el PAP \*OBLIGATORIO REQUIERE FIRMA**

Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) acepto que Novo Nordisk y sus procesadores de datos puedan recopilar, usar y revelar mi información médica (la del paciente), tal como se describe a continuación (en conjunto, “Información de salud”) para participar en el PAP:

- Trastornos de salud, tratamientos, enfermedades o diagnósticos individuales; uso o compra de medicamentos recetados; funciones corporales, signos vitales, síntomas o mediciones relacionadas con la salud; diagnósticos o pruebas de diagnóstico, tratamientos o medicamentos; datos que identifican a un consumidor que busca servicios de atención médica; datos relacionados con la salud que se han derivado o inferido de lo anterior.
- También recopilamos cualquier información relacionada con la salud que revele si se pone en contacto con nosotros, incluida la información sobre los eventos adversos.

Si yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) doy mi consentimiento a continuación, Novo Nordisk y sus procesadores de datos recopilarán, usarán y revelarán mi información de salud únicamente para facilitar mi participación en el PAP, incluso, según corresponda, para: (i) procesar esta solicitud; (ii) verificar mi información; (iii) identificar o determinar la elegibilidad en virtud del PAP y otros recursos de asistencia al paciente; (iv) investigar y verificar mis beneficios del seguro; (v) coordinar la dispensación y entrega de los medicamentos; (vi) comunicarse conmigo sobre el PAP; (vii) prestar servicios adicionales para administrar el PAP; (viii) realizar actividades de aseguramiento de la calidad u otras actividades comerciales internas en relación con el PAP; y (ix) garantizar el cumplimiento de las leyes y normas del PAP (los “Propósitos”). Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que Novo Nordisk también puede combinar o agregar mi información de salud y otros datos personales con datos recopilados de otras fuentes con el fin de proporcionar o administrar el PAP. **Comprendo que yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) no estoy obligado a dar mi consentimiento para el procesamiento de mi información de salud para los Propósitos. Sin embargo, si no doy mi consentimiento, no podré participar en el PAP, ya que es necesario recopilar mi información de salud para que Novo Nordisk facilite mi participación.** Si doy mi consentimiento a continuación, tengo derecho a retirarlo en cualquier momento y puedo hacerlo enviando un correo electrónico a NNIPrivacy@novonordisk.com. Para obtener más detalles sobre nuestro procesamiento de la información personal y de salud, consulte nuestro [Aviso de privacidad](#) y nuestro [Aviso de privacidad de los datos de salud del consumidor](#).

 **Firma del paciente o representante\*:**

Fecha\*:

Nombre del representante legal (si corresponde):

Relación con el paciente (si corresponde):



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

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

**Autorización HIPAA \*OBLIGATORIA**  
**REQUIERE FIRMA**

Al firmar a continuación, yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) autorizo a mis proveedores (o los de mi paciente) de atención médica, farmacias, planes de salud, aseguradoras de salud y sus proveedores de servicios y contratistas (en conjunto, "mis proveedores") a revelar toda la información necesaria, incluida, entre otras, mis ingresos (o los del paciente), cobertura de medicamentos recetados, recetas médicas, afecciones médicas, documentos financieros e historias clínicas (en conjunto, "Información de salud") a Novo Nordisk y sus empleados, filiales, representantes, agentes, proveedores de servicios y procesadores de datos, incluidos los administradores del PAP (en conjunto, "Novo Nordisk"). Esta información de salud se utilizará para permitir que Novo Nordisk administre el PAP mediante: (i) el procesamiento de esta solicitud; (ii) la verificación de mi información; (iii) la identificación o determinación de la elegibilidad para el PAP y otros recursos de asistencia al paciente; (iv) la investigación y verificación de los beneficios de mi seguro; (v) la coordinación, la dispensación y la entrega de los medicamentos; (vi) la comunicación conmigo sobre el PAP; (vii) la prestación de servicios adicionales para administrar el PAP; y (viii) para llevar a cabo actividades de aseguramiento de la calidad u otras actividades comerciales internas en relación con el PAP. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) autorizo además a Novo Nordisk a usar y revelar mi información médica (o la del paciente) a mis proveedores y a mi representante autorizado (si designo uno en la sección F, más adelante) para los fines descritos anteriormente. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo y reconozco que, si bien Novo Nordisk y cualquier contratista autorizado que actúe en su nombre harán todo lo posible por mantener la privacidad de mi información de salud, una vez que dicha información sea revelada, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y seguridad o las leyes estatales aplicables. Específicamente, yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) reconozco que, una vez revelada, los destinatarios autorizados pueden volver a revelar legalmente la información de salud a menos que la ley prohíba lo contrario. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que esta autorización puede ser denegada. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) también puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-866-310-7549 o escribiendo a Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876. Dicha negativa o revocación futura no afectará mi inicio o continuación del tratamiento por parte de mis proveedores (o del paciente). **Sin embargo, si yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) me niego a firmar o revoco esta autorización, no podré seguir participando en los programas o servicios ofrecidos y administrados a través del PAP.** Si yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) revoco esta autorización, Novo Nordisk dejará de usar o revelar mi información de salud (o la del paciente) (excepto cuando sea necesario para poner fin a la participación), pero dicha revocación no afectará a los usos y revelaciones de mi información de salud divulgada anteriormente en virtud de esta autorización. Entiendo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) que yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) puedo recibir una copia de esta autorización, que seguirá siendo válida durante un (1) año después de la fecha de mi firma, o durante un período más breve que dicte la ley estatal aplicable, a menos que se revoque antes. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) también entiendo que el PAP puede cambiar o finalizar en cualquier momento sin previo aviso. Al firmar a continuación, confirmo que he leído y acepto la Autorización del paciente que figura más arriba.

<b>Firma del paciente o representante*:</b>	Fecha*:
---	---------

Nombre del representante legal (si corresponde):

Relación con el paciente (si corresponde):

Por la presente afirmo que tengo el derecho legal de firmar esta autorización en nombre del paciente, ya sea como padre/madre o tutor legal o mediante un poder legal válido para actuar en nombre del paciente.

SECCIÓN E



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

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

SECCIÓN F

**Representante autorizado del paciente (opcional)**

Puede facilitar el nombre de una persona (por ejemplo, cónyuge, hermano, hijo, etc.) a la que autorice para que el Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk se comunice con ella en su nombre sobre su participación en el programa. La persona a la que autorice para que hable con el PAP de Novo Nordisk sobre usted, puede proporcionar o recibir su información de salud según sea necesario. Novo Nordisk no acepta grupos de defensa remunerados como representantes autorizados de los pacientes. 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 recurrir a un tercero que cobre una tarifa para que los ayude con la inscripción o las reposiciones.

Si desea designar a un representante autorizado, indique su nombre, número de teléfono y relación con usted, y firme a continuación.

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono del representante autorizado:
Familiar/cuidador	Otro

 <b>Firma del paciente:</b>	Fecha:
--	--------

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

SECCIÓN G

**Consentimiento para comunicación según la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (opcional)**

Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) también acepto que Novo Nordisk y sus empleados, filiales, representantes, agentes, proveedores de servicios y procesadores de datos, incluidos los administradores del PAP (en conjunto, "Novo Nordisk") se pongan en contacto conmigo mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados con un sistema automatizado o mensajes pregrabados a los números proporcionados en esta solicitud, para facilitar mi participación en el PAP con fines no relacionados con publicidad. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que es posible que me soliciten (o a mi padre/madre, tutor o representante legal) proporcionar 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 Novo Nordisk no conservará esta información, sino que solo servirá para verificar mi identidad. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) acepto notificar al PAP con prontitud si alguno de mis números o direcciones cambia en el futuro. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) reconozco además que he leído y comprendido las condiciones de uso de SMS del PAP para diabetes de Novo Nordisk en [www.NNPAPText.com](http://www.NNPAPText.com) y entiendo que yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) puedo revisar la Política de privacidad completa de Novo Nordisk en <https://www.novonordisk-us.com/privacy-notice.html>. YO (O MI PADRE/MADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL) ENTIENDO QUE CUALQUIER LLAMADA O MENSAJE DE TEXTO PUEDE GENERARSE MEDIANTE UN SISTEMA AUTOMATIZADO O MENSAJES PREGABADOS, Y NO TENGO QUE DAR MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS O MENSAJES DE TEXTO ANTES DE COMPRAR PRODUCTOS O RECIBIR OTROS SERVICIOS DE NOVO NORDISK. Al firmar a continuación, confirmo que he leído y acepto el Consentimiento para comunicación según la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) que figura más arriba.

 <b>Firma del paciente*:</b> (obligatorio si usted da su consentimiento)
--



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

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

**SECCIÓN H**

**Información de seguridad**

Si se informa de un problema de seguridad, yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que Novo Nordisk puede utilizar mi información de salud y otros datos personales para ponerse en contacto conmigo en caso de consultas de seguimiento y mantener un registro de los eventos adversos, y Novo Nordisk puede comunicarla a las autoridades sanitarias para cumplir con las normas y reglamentos aplicables.

**SECCIÓN I**

**Autorización y certificación del programa \*OBLIGATORIO**

**Autorización del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Novo Nordisk (solo es necesaria si el paciente solicita inscribirse)**  
Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) certifico por la presente lo siguiente: (i) soy mayor de 18 años; (ii) soy ciudadano o residente legal de los Estados Unidos; (iii) no puedo pagar los medicamentos solicitados por mi proveedor de atención médica (o el del paciente) que figuran en la(s) receta(s) adjunta(s) y cumplo con los criterios financieros detallados en esta solicitud para ser elegible para el programa. También certifico que no estoy inscrito ni soy elegible para ninguno de los siguientes programas: (i) Medicaid; (ii) Ayuda adicional o subsidio por bajos ingresos de Medicare ("LIS"); (iii) programas de seguro financiados por el gobierno federal, con la excepción de la Parte D de Medicare; o (iv) recibir beneficios de medicamentos recetados a través de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, distintos de la Parte D de Medicare. Los pacientes inscritos en la Parte D de Medicare que cumplen con los criterios de elegibilidad financiera califican para el programa, pero una vez inscritos, deben permanecer en el programa hasta el final del año calendario. Certifico que (i) toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta y que yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) verificaré la información proporcionada al PAP si así lo solicita; (ii) yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) verificaré el estado de mi solicitud (o del paciente) y la recepción de los medicamentos indicados si lo requiere el PAP; (iii) si se aprueba mi participación en el PAP, yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) no solicitaré el reembolso de los medicamentos solicitados a ningún programa gubernamental ni aseguradora externa; (iv) cumpliré con todos los requisitos de revelación de la compañía de seguros, incluida mi participación en el PAP; (v) yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) autorizo al PAP a ponerse en contacto conmigo (o con mi padre/madre, tutor o representante legal) por correo postal o electrónico, y si he otorgado mi consentimiento en el apartado de "Consentimiento para comunicación según la TCPA", por llamada o mensaje de texto a la información de contacto proporcionada en esta solicitud para que el PAP pueda darme acceso a los productos que me recetan. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo y acepto lo siguiente: (i) mi elegibilidad para participar en el PAP está sujeta a la decisión de Novo Nordisk y que Novo Nordisk puede modificar o cancelar el PAP en cualquier momento; (ii) es posible que deba presentar una evidencia de no elegibilidad para otros programas de cobertura para medicamentos recetados a fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad para el PAP; y (iii) debo informar cualquier cambio en mi seguro médico y cobertura de medicamentos recetados para el PAP. Yo (o mi padre/madre, tutor o representante legal) entiendo que el producto recibido a través del PAP se me proporciona de forma gratuita y que no tengo la obligación de comprar el producto debido a mi participación en el PAP. Al completar esta Solicitud, confirmo que la siguiente información está completa y es exacta, y que he leído y acepto la Autorización del paciente.

Firma del paciente o representante*:	Fecha*:
Doy mi consentimiento en nombre del paciente y por la presente afirmo que tengo el derecho legal para hacerlo, ya sea como padre/madre o tutor legal o mediante un poder legal válido para actuar en nombre del paciente.	
Nombre del representante legal:	
Relación con el paciente:	
Teléfono:	

## Qué esperar a continuación:



Adjunte toda la documentación adicional al enviar su solicitud.



Una vez que el PAP de Novo Nordisk la reciba, requiere al menos **2 días hábiles para** procesar el trámite.



La decisión sobre la inscripción se le enviará por SMS/correo una vez transcurrido el tiempo de procesamiento.



Si optó por recibir llamadas telefónicas pregrabadas (sección G "TPCA"), también se le informará por teléfono acerca de las decisiones sobre la inscripción.



Una vez aprobada, espere de **10 a 14 días hábiles (21 días)** para la entrega en el consultorio de su proveedor de atención médica.



# Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

SECCIÓN J	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	<b>Información del prescriptor</b> (Todos los medicamentos se enviarán al prescriptor. <b>No se permiten apartados postales</b> ).						
	Nombre del prescriptor*:		Apellido del prescriptor*:		Designación:		
	Dirección*:						
	Nro. de suite/edificio/planta:			Ciudad*:		Estado*:	Código postal*:
	Teléfono*:		Nro. de licencia estatal*:			Estado en el que se obtuvo la licencia:	
	Fax*:		Contacto del consultorio:		Correo electrónico del consultorio:		
	NPI*:						

**SECCIÓN L**

**Declaración del profesional de la salud:** “Mi firma certifica que soy un profesional de la salud con licencia que reúne los requisitos según la ley estatal para recetar, recibir y dispensar los medicamentos solicitados que figuran en el pedido adjunto, enviados por Novo Nordisk, y que no tengo prohibido participar en programas de atención médica financiados por el gobierno federal. Si soy enfermero prescriptor, asistente médico, farmacéutico o doctor en farmacia, certifico que estoy autorizado y cumplo los requisitos en el estado en el que ejerzo actualmente para recetar, recibir y dispensar estos productos, y que cuento con la aprobación de mi médico supervisor para hacerlo si así lo exige la ley. **Nota: La información del profesional de la salud que prescribe debe coincidir con su firma. 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 de Información para profesionales de la salud con licencia es correcta. Acepto entregar los medicamentos que Novo Nordisk me proporcione para el solicitante elegible mencionado en la sección de Información del solicitante para que los use por su cuenta sin costo alguno. De lo contrario, no utilizaré ninguno de esos medicamentos, ni los recetaré, proporcionaré ni dispensaré, total o parcialmente, a ninguna otra persona. Doy mi consentimiento para que Novo Nordisk se ponga en contacto con el solicitante mencionado en la sección Información del solicitante para verificar el estado del solicitante y la recepción de los medicamentos indicados. Además, doy mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda, a su entera discreción y con la debida antelación, realizar una auditoría/revisión en el lugar, exclusivamente relacionada con los registros del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Novo Nordisk que están vinculados con el solicitante mencionado en esta solicitud. Comprendo que no cumplo los requisitos para solicitar el reembolso de ningún medicamento dispensado por el PAP o por ningún programa gubernamental o aseguradora externa, y no utilizaré ningún medicamento de Novo Nordisk, suministrado por el PAP, para los gastos de bolsillo 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 cancelar el PAP en cualquier momento. Por último, certifico que no recibo ningún pago directo o indirecto relacionado con el PAP”.

Teléfono: 866-310-7549 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 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® y Xultophy® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.



## Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento*:
Nombre del prescriptor*:	Apellido del prescriptor*:	NPI*:

Producto*	Dosis máxima/día (unidades)	Según lo prescrito/instrucciones*	Presentación* Cart = Cartucho		Cantidad
<b>Insulina</b>					
Tresiba® (insulin degludec) injection U-100			Vial	FlexTouch®	
<b>Insulin Degludec Injection U-100 (UB)</b>			Vial	FlexTouch®	
Tresiba® (insulin degludec) injection U-200			FlexTouch®		
<b>Insulin Degludec Injection U-200 (UB)</b>			FlexTouch®		
Fiasp® (insulin aspart) injection 100 U/mL			Vial	FlexTouch®	Cart
NovoLog® (insulin aspart) injection 100 U/mL			Vial	FlexPen®	Cart
<b>Insulin Aspart Injection 100 U/mL (UB)</b>			Vial	FlexPen®	Cart
Novolin® R (insulin human) injection 100 U/mL			Vial		
Novolin® N (insulin isophane human) injectable suspension 100 U/mL			Vial		
NovoPen Echo®		1 pluma			
NovoLog® Mix 70/30 (insulin aspart protamine and insulin aspart) injectable suspension 100 U/mL			Vial	FlexPen®	
<b>Insulin Aspart Protamine e Insulin Aspart Injectable Suspension Mix 70/30 100 U/mL (UB)</b>			Vial	FlexPen®	
Novolin® 70/30 (insulin isophane human and insulin human) injectable suspension 100 U/mL			Vial		
<b>Agujas</b>					
<b>NovoFine® 32G 6 mm (100 agujas/caja)</b>					
FlexPen®/FlexTouch® se usan 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 a continuación, confirmo que he leído y acepto la Declaración para profesionales de la salud que figura en la página 7. Los productos se dispensan tal como está escrito. (Se aceptan firmas electrónicas válidas o manuscritas; no se permiten fotocopias, poderes notariales ni firmas selladas).</b>					
Firma del profesional de la salud*:					Fecha*:

Teléfono: 866-310-7549 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 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® y Xultophy® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.



## Solicitud para el Programa de asistencia al paciente de

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios en blanco.

Nombre del paciente*:	Apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento*:
Nombre del prescriptor*:	Apellido del prescriptor*:	NPI*:

## Agonistas del receptor GLP-1

†Todos los pedidos se surtirán para un máximo de 120 días, a menos que el prescriptor indique lo contrario. Prescriptores: llenen la solicitud con la dosis máxima diaria e indiquen "Según lo prescrito/Instrucciones", como corresponda.

Producto*	Según lo prescrito/instrucciones*	Presentación*	Cantidad†
<b>Ozempic®</b> (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg (incluye 6 agujas)	0.25 mg por semana durante 4 semanas, 0.5 mg durante 2 semanas	1 paquete de plumas (6 semanas)	1 caja
<b>Ozempic®</b> (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg (incluye 6 agujas)	0.5 mg por semana durante 4 semanas	1 paquete de plumas (4 semanas)	_____ caja(s)
<b>Ozempic®</b> (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 1 mg (incluye 4 agujas)	1 mg por semana durante 4 semanas	1 paquete de plumas (4 semanas)	_____ caja(s)
<b>Ozempic®</b> (semaglutide) injection 3 mL Pluma que administra dosis de 2 mg (incluye 4 agujas)	2 mg por semana durante 4 semanas	1 paquete de plumas (4 semanas)	_____ caja(s)

**Total de Ozempic®: el total no puede superar las 4 cajas**

**Nota:** Ozempic® 0.25 mg está destinado únicamente al inicio del tratamiento.

<b>Rybelsus®</b> (semaglutide) tablets Seleccione 1 de las opciones	1 comprimido al día	3 mg/7 mg 7 mg/7 mg 7 mg/14 mg 14 mg/14 mg	Suministro para 60 días Suministro para 60 días Suministro para 60 días Suministro para 60 días
		7 mg 14 mg	Suministro para 120 días Suministro para 120 días

**Nota:** Rybelsus® 3 mg está destinado únicamente al inicio del tratamiento.

## Combinación GLP-1/insulina

<b>Xultophy® 100/3.6</b> (insulin degludec y liraglutide) injection 100 U/mL y 3.6 mg/mL	1 paquete de plumas
--	---------------------

**Teléfono: 866-310-7549** de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 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® y Xultophy® son marcas comerciales registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.

### ¿Qué esperar a continuación?



Adjunte toda la documentación adicional al enviar su solicitud.



El trámite requiere como mínimo **2 días hábiles**.



La decisión sobre la inscripción se enviará por fax o correo al paciente y al proveedor de atención médica. Los pacientes que optaron por recibir llamadas telefónicas con marcado automático o pregrabadas también recibirán información acerca de la decisión sobre la inscripción por teléfono.



Una vez aprobado, espere de **10 a 14 días hábiles (21 días)** para la entrega del medicamento a la dirección de la oficina del proveedor de atención médica que se indica en esta solicitud. El consultorio del proveedor de atención médica contactará al paciente para coordinar el recojo.



Los pacientes no asegurados aprobados se inscribirán durante 12 meses. Los pacientes de la Parte D de Medicare se inscribirán hasta el final del año calendario y deberán volver a presentar la solicitud para el año siguiente después del 15 de octubre.

### Prescriptores - Reposición automática

(Actualmente no está disponible para residentes de ME/MN)

**Todos los solicitantes nuevos se inscribirán automáticamente en nuestro programa de reposición automática para todos los medicamentos elegibles.<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Las agujas para NovoPen Echo®, Ozempic®, NovoFine® y TODAS las combinaciones de Rybelsus® con suministro para 60 días NO son elegibles para reposición automática.

Si se produce un cambio en la dirección, el medicamento o la dosis del paciente, o si el paciente ya no está bajo su cuidado, póngase en contacto inmediatamente con el PAP de Novo Nordisk al 1-866-310-7549 para que podamos hacer cualquier ajuste o cancelar cualquier reposición automática futura. Cualquier medicamento que se suministre en el marco del PAP a pacientes elegibles bajo su cuidado debe ser entregado y recibido por usted o por el personal de su consultorio, para luego ser dispensado exclusivamente a ese paciente específico que califica para el PAP. La reposición automática finalizará cuando el período de inscripción del paciente haya expirado. Los formularios de solicitud de reposición/cambio se pueden encontrar en [NovoPAPHCP.com](http://NovoPAPHCP.com).

La Parte D de Medicare solo recibirá reposiciones que proporcionen medicamento suficiente para cubrir hasta el final de su inscripción.

**Prescriptores, marquen esta casilla si no desean reposiciones automáticas.**

(Nota: Si elige no utilizar la reposición automática, los prescriptores son responsables de iniciar cualquier reposición en el futuro).

**Teléfono: 866-310-7549** de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET, Novo Nordisk, Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876 **Fax: 866-441-4190**