



# Solicitud de reposición/nueva orden/cambio del Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

**Profesional de la salud:** utilice este formulario para solicitar una reposición, agregar o solicitar un cambio de medicamento, cambiar la dosis de un medicamento actual o actualizar su información de contacto.

El profesional de la salud debe enviar este formulario directamente y tiene que incluir una carta de presentación o membrete que identifique claramente al profesional como el remitente.

Marque todas las opciones que correspondan:

Solicitud de reposición

Medicamento nuevo

Cambio de medicamento

Cambio de dirección o información del profesional de la salud

Otros

\*Los asteriscos indican campos obligatorios. No deje espacios 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 para profesionales de la salud

<b>Información del profesional de la salud con licencia</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

**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".

**NO INCLUYA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados. NNIPAPRefill\_12\_Jul2025\_SP PAP Refill Request, July 2025, Spanish



# Solicitud de reposición/nueva orden/cambio del Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

\*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>					
NovoFine® 32G 6 mm (100 agujas/caja)					
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 1. 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*:	

**NO INCLUYA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados. NNIPAPRefill\_12\_Jul2025\_SP PAP Refill Request, July 2025, Spanish



# Solicitud de reposición/nueva orden/cambio del Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk

\*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
--	---------------------

**NO INCLUYA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

**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.

© 2025 Novo Nordisk Todos los derechos reservados. NNIPAPRefill\_12\_Jul2025\_SP PAP Refill Request, July 2025, Spanish