

Programa de asistencia para pacientes de Novo Nordisk

**PO Box 181640
Louisville, KY 40261**



Teléfono: 866-310-7549

Fax: 866-441-4190

Instrucciones:

- Por favor, asegúrese de completar las dos paginas de esta solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas.
- Por favor, calcule hasta 10 días laborables para procesamiento y envío del medicamento a la oficina del proveedor de cuidado de la salud para los pacientes aprobados.
- Para todos los productos, adjunte la hoja del producto completada para un suministro de 90 días del medicamento
- Tanto el paciente como el proveedor de cuidado de la salud serán avisados por escrito de cualquier pedido denegado.
- Novo Nordisk se reserve el derecho de modificar o cancelar este programa en cualquier momento in previo aviso. Todas las solicitudes están sujetas a la disponibilidad del producto y la verificación de la elegibilidad del paciente.
- Llame a Novo Nordisk sin cargos al 1-866-310-7549 si tiene preguntas.

Información del paciente

Nueva Aplicación / Renovación anual

Re-orden de 90 días

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____

Dirección del paciente: _____ Género: Masculino Femenino

Núm. teléfono paciente _____ Núm. de Seguro Social: _____
(requisito)

Requisitos de elegibilidad

A. Totalidad de ingreso ajustado anual del hogar, de la planilla de contribución sobre ingresos más reciente
\$ _____

(Adjunte una copia de la declaración de impuestos o planilla de contribución sobre ingresos (Federal Tax Return – 1040) más reciente del paciente, ingresos del Seguro Social (SSA 1099), pensiones de ingreso, intereses, retiro, pensión alimentaria de menores, etc. Esta información solo se requiere anualmente. No se requiere para re-órdenes de 90 días.)

B. Número de dependientes en el hogar (incluyéndose usted) _____

C. ¿Califica usted para privado, local, el estado o cobertura federal de prescription? Yes No

**Conecte por favor la Prueba de Documentos de Ingresos para todas Nuevas Aplicaciones y Renovaciones Anuales
Las solicitudes incompletas serán devueltas**

He revisado la solicitud al Programa de asistencia para pacientes ("el programa") completada por mi médico y la información incluida en este formulario es exacta y correcta. Certifico que el pago por el medicamento pedido representa una carga financiera para mi y que no tengo acceso a un reembolso de terceras partes por este medicamento. Autorizo a mi médico a divulgar la información en este formulario a Novo Nordisk para fines de administrar el programa. Entiendo que una vez mi médico divulgue esta información a Novo Nordisk, la información ya no estará protegida por las leyes federales de protección de la privacidad, pero que Novo Nordisk no divulgará la información incluida en este formulario a nadie más, aparte de los agentes o vendedores que puedan estar empleados por Novo Nordisk para ayudar a Novo Nordisk en la administración del plan o en el envío de literatura de apoyo y ofertas especiales. Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización de mi médico. Mi médico no hará más divulgaciones de la información en este formulario a Novo Nordisk después de un año de la fecha de firmar este formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a mi médico y pidiéndole que no divulgue más mi información. Entiendo que mi médico me brindara tratamiento de igual manera si no firmo este formulario, pero no podré participar en el programa.

Firma del paciente: _____ Email (optional) _____

Fecha: _____
(no fotocopias ni firma por poder)

Información del paciente (requisito)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Información sobre el Proveedor de cuidado de la salud

Nombre del proveedor de cuidado de la salud: _____

Número de matrícula Estatal : _____ Fecha de caducidad: _____

Dirección: _____
(no use un número de apartado)

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Información de prescripción (Indique la Cantidad Necesitada para 90 Suministro de Día)**Levemir® (insulin detemir [rDNA origin] injection)**

368712 Levemir® 10 mL Frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

643910 Levemir® FlexPen® ** Maximo dosis por día _____ Sig _____

NovoLog® (insulin aspart [rDNA origin] injection)

750111 NovoLog® 10 mL frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

633910 NovoLog® FlexPen® (5x3 mL) ** Maximo dosis por día _____ Sig _____

NovoLog® Mix 70/30 (70% insulin aspart protamine suspension and 30% insulin aspart injection, [rDNA origin])

368512 NovoLog® Mix 70/30 10 mL frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

369619 NovoLog® Mix 70/30 FlexPen® (5x3 mL) ** Maximo dosis por día _____ Sig _____

Novolin® (human insulin [rDNA origin])

183311 Novolin® R Frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

183411 Novolin® N Frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

183711 Novolin® 70/30 Frascos Maximo dosis por día _____ Sig _____

231321 Novolin® R InnoLet® (5x3 mL)** Maximo dosis por día _____ Sig _____

231421 Novolin® N InnoLet® (5x3 mL)** Maximo dosis por día _____ Sig _____

231721 Novolin® 70/30 InnoLet® (5x3 mL) Maximo dosis por día _____ Sig _____

NovoFine® 30G Agujas Desechables (NO MAS DISPONIBLE PARA FlexPen Y Innolet)

185250 NovoFine® 30G (100/caja) Cantidad (cajas) _____ Utilice como Dirigido

Prandin® (repaglinide tablets)

008181 Prandin® 0.5 mg Maximo dosis por día _____ Sig _____

008281 Prandin® 1 mg Maximo dosis por día _____ Sig _____

008481 Prandin® 2 mg Maximo dosis por día _____ Sig _____

PrandiMet® (repaglinide/metformin HCl tablets)

009301 PrandiMet® 1 mg/500mg Maximo dosis por día _____ Sig _____

009201 PrandiMet® 2 mg/500mg Maximo dosis por día _____ Sig _____

GlucaGen® HypoKit® (glucagon [rDNA origin] for injection)

706515 GlucaGe®n HypoKit® Qty (juegos) _____ Sig _____

**** Este artículo se utiliza con NovoFine Agujas Desechables. Las agujas no se mandaràn si no solicitado.**

Mi firma certifica que los bienes recibidos de Novo Nordisk son para el use exclusivo del paciente antes mencionado. Estos bienes no serán revendidos, ni ofrecidos en venta, comercio o intercambio y no se devolverán por crédito. No facturaré ni buscaré pago alguno por los productos ni del paciente ni de terceros, incluyendo, pero sin limitarse a, Medicaid ni planes de seguro privados. Novo Nordisk se reserve el derecho de retirar el producto cuando sea necesario.

Firma del proveedor de cuidado de la salud: _____ Fecha: _____
(no fotocopias ni firma por poder)