

El Programa de asistencia para pacientes (PAP) de Novo Nordisk proporciona medicación sin cargo a los pacientes con diabetes que cumplan con los requisitos. Si el paciente cumple con los requisitos del programa PAP para la diabetes de Novo Nordisk, se enviarán al **profesional autorizado a cargo** de su atención los medicamentos o dispositivos solicitados en cantidad suficiente para 120 días.

El PAP de Novo Nordisk es gratuito. No hay cargos de registración ni mensuales por participar en el PAP de Novo Nordisk.

REQUISITOS

- **El paciente debe ser ciudadano de los EE. UU. o residente legal**
- **El paciente no debe tener ni cumplir con los requisitos para recibir:**
 - Ninguna cobertura privada para medicamentos con receta, como una HMO o PPO
 - Ninguna cobertura de cualquier programa federal, estatal o local, como Medicare o Medicaid. Se exceptúa a los pacientes que han ingresado en el período sin cobertura (“donut hole”) de la Parte D de Medicare y a los pacientes que han solicitado la Ayuda extra o el Subsidio por bajos ingresos (Extra Help/Low Income Subsidy, LIS) de Medicare, y les han sido denegados, y cumplen con los requisitos para recibir Medicare
 - Beneficios de medicamentos con receta del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (Department of Veterans Affairs, VA)
- **El ingreso total del hogar del paciente debe ser igual o inferior al 300% del nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL).** Para más información sobre el FPL en su estado, por favor visite el sitio web de Families USA en <http://familiesusa.org/product/federal-poverty-guidelines>
- Para poder participar en el PAP de Novo Nordisk, los pacientes que cumplen con los requisitos para recibir Medicaid deben haber solicitado Medicaid y se les tiene que haber denegado.
- Si el paciente cumple con los requisitos para recibir Medicare pero no tiene la cobertura de la Parte D de Medicare, **debe haber solicitado el Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) a la Administración de Seguro Social (Social Security Administration, SSA)** y se le tiene que haber denegado. Para solicitar el LIS, llame a la SSA al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778) o visite su sitio web en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp/

Para ver una lista completa de los productos cubiertos, visite uno de los siguientes sitios web:

- El sitio web de nuestra compañía en NovoNordisk-US.com (sección Patients/Patient Assistance Program)
- Nuestro sitio web para profesionales de servicios médicos en NovoMedLink.com
- Nuestro sitio web para pacientes en Cornerstones4Care.com

NOTA: los nuevos pacientes aprobados para el PAP de Novo Nordisk reúnen los requisitos para recibir viales de insulina únicamente.

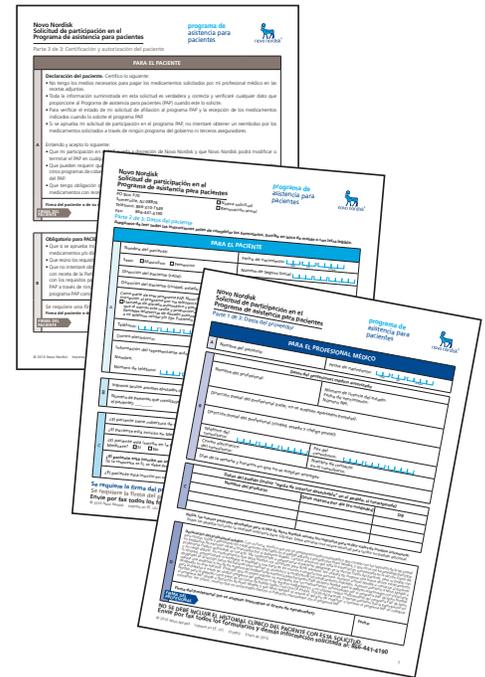
Vea las instrucciones en la página siguiente.

NO SE DEBE INCLUIR EL HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.

INSTRUCCIONES

Complete **TODOS** los campos. De lo contrario, se le enviará de vuelta la solicitud para que la complete.

- Asegúrese de que la solicitud esté firmada por el médico que le recetó el medicamento Y que incluya la fecha.
- Recuerde incluir "aguja de inyector desechable" en el pedido, si corresponde.
- Asegúrese de que el paciente firme la sección de certificación Y, si es participante de la Parte D de Medicare, el paciente también debe firmar la certificación correspondiente a la Parte D de Medicare. **Los pacientes inscritos en la Parte D de Medicare deben haber ingresado en el período sin cobertura ("donut hole") para el año de beneficios relevante antes de presentar esta solicitud.** Adjunte a esta solicitud una fotocopia de algún documento del plan de la Parte D del paciente donde conste que ha ingresado en el período sin cobertura ("donut hole") para el año de beneficios relevante, como una carta del plan de la Parte D del paciente, una declaración mensual de beneficios o una explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB).
- Incluya todos los documentos que se indican en la sección "**Documentos requeridos**" a continuación.
- Envíe por fax la solicitud completada y una constancia de ingresos al 866-441-4190, o por correo a Novo Nordisk Inc., PO Box 370, Somerville, NJ 08876.
- El procesamiento de la solicitud puede tardar de 7 a 10 días hábiles.



Documentos requeridos

- Se requiere constancia de ingresos. Proporcione uno de los siguientes documentos para demostrar los ingresos brutos anuales ajustados de su hogar:
 - Copia de los talones de los 2 cheques de pago más recientes o declaraciones de ganancias de todos los miembros de su hogar que trabajen.
 - Copia de la declaración federal de impuestos sobre la renta del año pasado (1040).
 - Copia de las declaraciones de ingresos de Seguridad Social, pensión y otros ingresos, incluidos intereses o declaraciones de dividendos.
 - Copia del formulario W-2 o 1099.
 - Copia de la declaración de beneficios de desempleo.
- Denegación de Medicaid (si corresponde).
- Documentos del período sin cobertura de la Parte D de Medicare (según corresponda).
- Es importante que tenga en cuenta que las nuevas solicitudes y las solicitudes de renovación anual que no incluyan una constancia de ingresos se considerarán incompletas.

NO SE DEBE INCLUIR EL HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.

Parte 1 de 3: Datos del proveedor

PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

A	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
----------	----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B	Datos del profesional médico autorizado	
	Nombre del profesional:	Número de licencia del estado: Fecha de vencimiento: Número NPI:
	Dirección postal del profesional (calle; no se aceptan apartados postales):	
	Dirección postal del profesional (ciudad, estado y código postal):	
	Teléfono del consultorio: <input type="text" value="___-___-_____"/>	Fax del consultorio: <input type="text" value="___-___-_____"/>
	Correo electrónico del consultorio:	Nombre de contacto en el consultorio:
	Días de la semana y horarios en que no se aceptan entregas:	

C	Datos del pedido (incluir "aguja de inyector desechable" en el pedido, si corresponde)		
	Nombre del producto	Dosis máxima por día (en unidades)	Sig

NOTA: los nuevos pacientes aprobados para el PAP de Novo Nordisk reúnen los requisitos para recibir viales de insulina únicamente.
 Todos los pedidos incluirán la cantidad suficiente para 120 días. Debe enviarse una nueva solicitud para recibir un pedido adicional.

D	<p>Declaración del profesional médico. Con mi firma, certifico que soy un profesional médico autorizado y que cumplo con los requisitos de la ley estatal para recetar, recibir y administrar los medicamentos solicitados en el pedido adjunto y enviados por Novo Nordisk, y que no se me ha prohibido participar en programas de atención médica financiados por el gobierno federal. Certifico asimismo que toda la información suministrada en la sección Datos del profesional médico autorizado es correcta. Me comprometo a proporcionar al paciente designado en la sección Datos del paciente, para su propio uso y sin cargo alguno, los medicamentos que Novo Nordisk me suministre para dicho paciente. No utilizaré de ninguna otra forma dichos medicamentos ni recetaré, proporcionaré ni entregaré la totalidad o una parte de los mismos a ninguna otra persona. Autorizo a Novo Nordisk a contactar al paciente designado en la sección Datos del paciente para verificar su situación y la recepción de los medicamentos indicados. Autorizo asimismo a Novo Nordisk a realizar una auditoría in situ de los registros del Programa de asistencia para pacientes (PAP) de Novo Nordisk para la diabetes relacionados con el paciente designado en esta solicitud. Entiendo que no podré solicitar un reembolso por los medicamentos suministrados por el programa PAP de Novo Nordisk para la diabetes a través de ningún programa del gobierno ni de terceros aseguradores, y no utilizaré ningún medicamento del programa PAP de Novo Nordisk para la diabetes como parte de los costos de bolsillo reales (True-Out-Of-Pocket, TroOP) del paciente. Entiendo asimismo que la participación en el programa PAP queda a discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho de modificar o terminar el programa PAP en cualquier momento. Por último, certifico que no recibo pagos directos ni indirectos relacionados con el programa PAP.</p>	
	Firma del profesional (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados):	Fecha:

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO SE DEBE INCLUIR EL HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.
Envíe por fax todos los formularios y demás información solicitada al: 866-441-4190

Novo Nordisk
Solicitud de participación en el
Programa de asistencia para pacientes

programa de
asistencia para
pacientes



PO Box 370
 Somerville, NJ 08876
 Teléfono: 866-310-7549
 Fax: 866-441-4190

Nueva solicitud
 Renovación anual

Parte 2 de 3: Datos del paciente

Asegúrese de leer todas las instrucciones antes de completar los formularios. Escriba en letra de molde o con letra legible.

PARA EL PACIENTE	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>MM DD AAAA</small>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección del paciente (calle):	
Dirección del paciente (ciudad, estado y código postal):	
Como parte de este programa PAP, Novo Nordisk le proporcionará recordatorios para surtir la receta y notificaciones sobre la inscripción al programa por vía telefónica. Al marcar la siguiente casilla, acepto recibir: <input type="checkbox"/> Llamadas de discado automático y pregrabadas a los números de teléfono indicados a continuación. Entiendo y acepto que al marcar esta casilla y proporcionar mis números de teléfono, otorgo mi consentimiento escrito expreso para recibir llamadas telefónicas de discado automático y pregrabadas de Novo Nordisk y sus proveedores de servicios del programa PAP a mi teléfono celular y/o fijo. Entiendo asimismo que mi consentimiento es opcional y que puedo cancelarlo sin restricciones.	
Teléfono: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Correo electrónico:	
Información del representante autorizado del paciente	
Nombre:	Relación con el paciente:
Número de teléfono: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

B	Ingresos brutos anuales ajustados del hogar según declaración federal de impuestos más reciente: \$ _____	
	Número de personas que constituyen el hogar (incluido el paciente): _____	Número de menores de 18 años que viven en el hogar: _____

C	¿El paciente tiene cobertura de medicamentos con receta privada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente está inscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente está inscrito en la Parte A y/o Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de ID de Medicare:
	¿El paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe presentar constancia del período sin cobertura con esta solicitud).	
	¿El paciente está inscrito en un plan del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Se requiere la firma del profesional en la parte 1.

Se requiere la firma del paciente o su representante en la parte 3.

Envíe por fax todos los formularios y demás información solicitada al: 866-441-4190

Parte 3 de 3: Certificación y autorización del paciente

PARA EL PACIENTE			
A	<p>Declaración del paciente. Certifico lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tengo los medios necesarios para pagar los medicamentos solicitados por mi profesional médico en las recetas adjuntas. • Toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta y verificaré cualquier dato que proporcione al Programa de asistencia para pacientes (PAP) cuando este lo solicite. • Para verificar el estado de mi solicitud de afiliación al programa PAP y la recepción de los medicamentos indicados cuando lo solicite el programa PAP. • Si se aprueba mi solicitud de participación en el programa PAP, no intentaré obtener un reembolso por los medicamentos solicitados a través de ningún programa del gobierno ni terceros aseguradores. <p>Entiendo y acepto lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que mi participación en el PAP queda a discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk podrá modificar o terminar el PAP en cualquier momento. • Que pueden requerir que proporcione una constancia que indique que no reúno los requisitos para recibir otros programas de cobertura para medicamentos con receta a fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad del PAP. • Que tengo obligación de informar cualquier cambio relacionado con mi cobertura de seguros de salud y medicamentos con receta al PAP. 		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Fecha: </td> </tr> </table>	Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div>	Fecha:
Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div>	Fecha: 		

B	<p>Obligatorio para PACIENTES INSCRITOS EN LA PARTE D DE MEDICARE. Entiendo y acepto lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que si se aprueba mi solicitud para participar en el Programa de asistencia para pacientes (PAP), recibiré los medicamentos y/o dispositivos del programa PAP en cantidad suficiente para 120 días. • Que reúno los requisitos para recibir medicación del PAP hasta el final de este año calendario. • Que no intentaré obtener los medicamentos solicitados a Novo Nordisk a través de mi plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare mientras reciba los medicamentos del programa PAP, y que no cumplo con los requisitos para recibir reembolsos por ninguno de los medicamentos suministrados por el programa PAP a través de ningún programa del gobierno ni terceros aseguradores y no utilizaré los medicamentos del programa PAP como parte de mis costos de bolsillo reales (True-Out-of-Pocket, TrOOP). 		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> Se requiere una firma solo si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare. Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Fecha: </td> </tr> </table>	Se requiere una firma solo si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare. Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div>	Fecha:
Se requiere una firma solo si el paciente está inscrito en la Parte D de Medicare. Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados): <div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">FIRMA DEL PACIENTE</div>	Fecha: 		



Autorización del paciente para compartir información médica. Autorizo a los profesionales médicos a cargo de mi cuidado, a mi plan médico y a las aseguradoras a proporcionar información médica y de otro tipo sobre mi uso o necesidad de medicamentos proporcionados por el programa PAP a los terceros proveedores de Novo Nordisk a cargo de la administración del programa PAP. A continuación, se hará referencia a mi información médica y otra información como "Información".

Autorizo a Novo Nordisk y a sus terceros proveedores a utilizar y divulgar mi Información en relación con el programa PAP. Entiendo lo siguiente:

- Que las personas del programa PAP, Novo Nordisk u otras personas que trabajan en nombre del programa PAP o de Novo Nordisk podrán ver y utilizar mi Información para administrar el programa PAP.
- Que Novo Nordisk o el programa PAP podrán proporcionar mi Información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para verificar el estado de mi inscripción en la Parte D de Medicare y permitir a CMS y notificar a mi plan de la Parte D de Medicare acerca de mi inscripción en el programa PAP.
- Que mi Información incluirá mi nombre, dirección, número de Seguro Social, ingresos, cobertura de medicamentos con receta, recetas de medicamentos, documentos financieros y registros de seguros.
- Que mi Información se utilizará para determinar si cumplo con los requisitos para participar en el programa PAP, para enviar los medicamentos adecuados.
- Que el programa PAP me notificará si no cumplo con los requisitos para participar en el programa.

Sin limitar los propósitos de la divulgación de Información antes mencionados, entiendo:

- Que el programa PAP, Novo Nordisk y terceros que colaboren con ellos protegerán la privacidad de mi Información, pero que es posible que las leyes de protección de la privacidad federal no continúen protegiendo mi Información una vez que esta sea divulgada, y que mi Información podrá ser divulgada nuevamente por los destinatarios de forma legal si no está prohibido por la ley estatal.
- Que esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma de este formulario.
- Que podré cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Novo Nordisk a la dirección que figura en este formulario, aunque mi cancelación no modificará las acciones que se hayan tomado con mi Información antes de dicha cancelación.
- Que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi profesional médico y/o de Novo Nordisk, y que podré inspeccionar u obtener una copia de la información divulgada conforme a esta autorización.
- Que puedo rehusarme a firmar este formulario y que si me rehúso a firmarlo no cambiará el trato que recibo de mis profesionales médicos, planes médicos y aseguradores.
- Que si no firmo este formulario, no podré participar en el programa PAP.

Firma del paciente o de su representante (no se aceptan fotocopias ni firmas de apoderados):

Fecha:

FIRMA DEL PACIENTE

Si firma el Representante del Paciente, describa el vínculo con el paciente y su autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente:

Envíe por fax todos los formularios y demás información solicitada al: 866-441-4190