

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 leer y completar las dos paginas de esta solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas.
- Por favor, calcule hasta 10 días laborables para procesar y envío del medicamento a la oficina del proveedor medico.
- Para todos los productos, adjunte la hoja del producto completada para un suministro de 5 meses del medicamento
- Tanto el paciente como el proveedor de cuidado de la salud serán avisados por escrito de cualquier pedido no aprobado.
- Novo Nordisk se reserve el derecho de modificar o cancelar este programa en cualquier momento sin 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

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 alimenticia 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. ¿El paciente tiene o califica para reembolso por receta privado, local, estatal o federal? Yes  No

**Adjunte por favor la Prueba de Documentos de Ingresos para todas nuevas aplicaciones y renovaciones anuales**  
**Las solicitudes incompletas serán devueltas**

He revisado la solicitud completada por mi médico y la información incluida en este al Programa de asistencia para pacientes ("el programa"). 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 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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(no fotocopias ni firma por poder)

**Programa de asistencia para pacientes de Novo Nordisk**

PO Box 181640  
Louisville, KY 40261

Teléfono: 866-310-7549

Fax: 866-441-4190



**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)

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información de prescripción (Indique la cantidad necesitada para (5 meses de suministro)**

**Activella® estradiol/norethindrone acetate tabletas (se requiere receta)**

Por favor marque la que necesita.	Lista#	Descripción.
<input type="checkbox"/>	0169-5175-11	Activella® 0.5mg/0.1mg solo disponible en un paquete de 5 de 1 28 tabletas para este programa (la receta debe indicar esto)

**Vagifem® estradiol vaginal tabletas ( se requiere receta)**

Cantidad requerida for 5 meses	Lista#	Descripción
<input type="checkbox"/>	0169-5173-03	Vagifem® 8
<input type="checkbox"/>	0169-5173-04	Vagifem® 18

Mi firma certifica que los bienes recibidos de Novo Nordisk son para el uso exclusivo del paciente antes mencionado. Estos bienes no serán revendidos, ni ofrecidos en venta, comercio o intercambio y no se devolverán para crédito. No facturaré ni buscaré pago alguno por los productos ni del paciente ni de terceras partes, 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)**

He revisado la solicitud al programa de asistencia para pacientes, completada por mi medico y la informacion incluida es exacta y correcta. Yo certifico que el pago por el medicamento pedido representa una carga financiera para mi y no tengo acceso a un reembolso de terceras partes para este medicamento. Yo autorizo a mi medico a divulgar la informacion de este formulario a Novo Nordisk, Inc (NNI) para fines de administrar el programa de asistencia al paciente. Yo entiendo que una vez mi medico divulge esta informacion a Novo Nordisk, Inc no estare protegido mas por las leyes federales de proteccion de la privacidad. Pero que Novo Nordisk no divulgara la informacion incluida en este formulario a nadie mas, aparte de los agentes o vendedores empleados por Novo Nordisk para ayudar a Novo Nordisk en la administracion del plan o en el envio de literatura de apoyo y ofertas. Yo entiendo que tengo derechos a recibir una copia de esta autorizacion de mi medico. Mi medico no hara mas divulgaciones de la informacion en esta forma despues de un año de la fecha de firma en este formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento escribiendo a mi medico y pidiendole que no divulge mas mi informacion. Entiendo que mi medico me brindara tratamiento de igual manera si no firmo este formulario, pero no podre participar en el programa.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor llamar a Novo Nordisk al 1-866-668-6336 para cualquier pregunta. Enviar este formulario por fax al 866-441-4290 o enviar por correo a Novo Nordisk Patient Assistance Program, Hormone Therapy, PO Box 181640, Louisville KY 40261

Activella® and Vagifem® are registered trademarks of Novo Nordisk Femcare AG.

©2008 Novo Nordisk Inc.

Impreso en E.U.A. June 2008