

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente y tutor legal (si aplica): _____

Número de contrato: _____ Número de grupo: _____

Se solicita la aprobación de:

- ┘ Inclusión de medicamento en el formulario
- ┘ Cubierta continuada para medicamento que se discontinuará del formulario
- ┘ Excepción a un procedimiento de manejo de medicamento (ei, terapia escalonada)
- ┘ Excepción a un procedimiento de limitación de dosis

Razones para la solicitud de excepción médica:

- ┘ En el formulario no figura un medicamento clínicamente aceptable para tratar la condición del paciente.
- ┘ El medicamento aplicable a la terapia escalonada es ineficaz para la condición del paciente., ya sea porque hay probabilidad de que le cause daño al paciente o porque el paciente se encontraba en un nivel más avanzado bajo otro plan médico.
- ┘ La dosis disponible para el medicamento probablemente sea ineficaz para la condición o para el paciente.

Historial breve del paciente:

Incluya el código y descripción del medicamento recetado y explique el diagnóstico primario que le lleva a recetar dicho medicamento:

Describa la necesidad médica del paciente para el medicamento por el cual solicita la excepción:

Nombre del proveedor

Número de proveedor (NPI)

Firma

Fecha