

## SOLICITUD DE EXCEPCION MÉDICA

Nombre del Paciente y Representante Personal (si aplica): \_\_\_\_\_

Núm. Contrato: \_\_\_\_\_ Núm. De Grupo: \_\_\_\_\_

### Se solicita la aprobación de:

- Medicamento no está incluido en el formulario
- Cubierta continuada para medicamento que se discontinuará del formulario.
- Excepción a un procedimiento de manejo de medicamento (ej, 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 que procede conforme a la terapia escalonada es ineficaz para la condición o el paciente, es probable que cause daño al paciente o y ya 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:

---

---

---

---

### Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud (incluya código y descripción):

---

---

---

---





**Descripción de la necesidad médica de medicamento para el cual se solicita la excepción:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona que expide la receta

\_\_\_\_\_  
# de Proveedor (NPI)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Forma: CSS-AS-04-002



ACCREDITED  
Pharmacy  
Benefit  
Management  
Expires 12/01/2022