

SOLICITUD DE EXCEPCION MÉDICA

Nombre del Paciente y Representante Personal (si aplica) _____

Núm. Contrato: _____ Núm. DeGrupo : _____

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 (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 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