

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN MÉDICA

Nombre del Suscriptor(a) o Representante Autorizado:	
Número de Contrato:	Número de Grupo:
Nombre del Medicamento:	Diagnóstico primario (ICD-10):

Se solicita 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:

- Contraindicación, historial de reacción adversa o evidencia de fallo terapéutico al (los) medicamento(s) de alternativa(s) en el formulario.
- 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 y/o ya el paciente se encontraba en un nivel más avanzado bajo el otro plan médico.
- La dosis disponible para el medicamento ha sido o, probablemente sea, ineficaz para la condición o para el paciente.

Favor incluir con este documento los resultados de laboratorios y/o estudios relacionados a la condición y/o medicamento, si aplica.

Historial breve del paciente:	Descripción de la necesidad del medicamento para el cual se solicita la excepción:

Nombre de la persona que expide la receta

de Proveedor (NPI)

Firma

Fecha