



## SOLICITUD DE EXCEPCIÓN MÉDICA

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

Número de Contrato: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_.

Se Solicita a 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 el 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 del 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