

SOLICITUD EXCEPCIÓN MÉDICA

(La forma debe ser completada en todas sus partes y en letra legible)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Fecha de la Solicitud		
				Día	Mes	Año
Número de Contrato PSM (ID)	Número de Grupo	Teléfono/Cel.	Edad	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año
Email del paciente:						
Nombre Representante Personal (Si aplica):						
INFORMACIÓN DEL MÉDICO (Que expide la receta)						
Nombre y Apellidos del Médico	Especialidad	Firma y Licencia	#Teléfono y Fax			
NPI:		Email del Médico:				

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.
- 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 Códigos en ICD 10 y Descripción):

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

**Favor enviar vía Fax: (787) 735-4505 o acceda a: planmenonita.com
 Seleccione Servicios al Proveedor o Suscriptor, entre a pre-autorización de servicios,
 regístrese y someta su solicitud de pre-autorización online**