

# SOLICITUD EXCEPCIÓN MÉDICA SUSCRIPTORES COMERCIAL

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

## INFORMACIÓN GENERAL DEL SUSCRIPTOR

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: \_\_\_\_\_ (Nombre del Medicamento)

- 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: Email: [preauto@planmenonita.com](mailto:preauto@planmenonita.com) o Fax: (787) 735-4505