

Solicitud de Excepción Médica

Para uso del médico que receta. Este formulario debe ser completado y firmado por el médico o profesional de la salud que receta el medicamento.

Fax: 1-866-912-3052

Correo postal: PharmPix, Metro Office Park, 2 Street 1, Suite 500, Guaynabo, PR 00968

Información del paciente

Nombre del paciente:

Representante personal (si aplica):

Núm. de contrato:

Núm. de grupo:

Medicamento solicitado

Nombre del medicamento:

Potencia:

Cantidad:

Días de suministro:

Se solicita la aprobación de:

- ☐ Medicamento no incluido en el formulario
- ☐ Cubierta continuada para un medicamento que se discontinuará del formulario
- ☐ Excepción a un procedimiento de manejo de medicamentos (p. ej., 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 requerido por la terapia escalonada es ineficaz para la condición o para el paciente, es probable que le cause daño al paciente, o el paciente ya se encontraba en un nivel más avanzado bajo otro plan médico.
- ☐ La dosis disponible del medicamento probablemente sea ineficaz para la condición o para el paciente.

Historial breve del paciente

pharmPIX

pharmpix.com



ACCREDITED
Pharmacy Benefit Management

Expires: 12/01/2028

Diagnóstico primario

Diagnóstico primario relacionado con el medicamento objeto de la solicitud (incluya código y descripción):

Necesidad médica

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

Información del médico que receta

Nombre del médico que receta:

Núm. de proveedor (NPI):

Teléfono:

Fax:

Firma del médico que receta

Fecha

pharmpiX

pharmpix.com



ACCREDITED
Pharmacy Benefit Management

Expires: 12/01/2028