

Formulario de Solicitud debido a Necesidad por Razones Médicas

[Se aplica solo a los miembros de los planes Comerciales/de Medicaid de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life]

Pharmacy Services

	ESTÁNDAR		RÁPIDA
--	----------	--	--------

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la Solicitud _____

Número de Id. del Titular de la Tarjeta Principal: _____ M/F Fecha de Nacimiento: _____

Alergias Documentadas: _____

Información del Médico: SE DEBE LLENAR TODA LA INFORMACIÓN PARA RECIBIR UNA RESPUESTA

Nombre del Médico (en letra de imprenta legible): _____

Firma del Médico: _____ N.º de la DEA: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección: _____

Persona de Contacto en el Consultorio _____

Medicamento Solicitado

Nombre, concentración y cantidad del medicamento, _____
y duración del tratamiento: _____

Una solicitud de medicamento por formulario

Información Adicional: Se debe incluir la siguiente información; de lo contrario, se devolverá la solicitud. (Cuando esté disponible, adjunte copias de las notas del consultorio que documenten el tratamiento anterior, el diagnóstico, los resultados de laboratorio, etc.)

Diagnóstico:

Historial de Medicamentos para este Diagnóstico:

Medicamento	Dosis Diaria	Comenzó a Usarlo	Dejó de Usarlo	Motivo para discontinuar el medicamento:
-------------	--------------	------------------	----------------	--

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Documentación de Respaldo/Fundamento Clínico: ¿Por qué considera que este medicamento es mejor que los Medicamentos Preferidos actuales? (Incluya documentación sobre la eficacia en este paciente, la ineficacia o la alergia a los medicamentos preferidos, etc.)

POR TELÉFONO: (702) 242-7050, Opción N.º 6
(800) 443-8197, Opción N.º 6

POR FAX: (702) 242-6751
(800) 997-9672

O por Correo a: HPN/SHL - PHARMACY SERVICES
Attn: Necesidad por Razones
Médicas
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645