Ejemplo de carta de necesidad médica

[Membrete del médico]

[Fecha]

[Nombre del director de la farmacia o contacto del pagador]

[Título del contacto]

[Nombre de la compañía del plan de salud]

[Dirección del plan de salud]

[Ciudad, estado, código postal]

Paciente: [Nombre del paciente]

Fecha de nacimiento: [Fecha de nacimiento del paciente]

Identificación del paciente: [Identificación de miembro correspondiente al plan del paciente]

Titular de la póliza: [Nombre del titular de la póliza]

Número del grupo: [Número del grupo del titular de la póliza]

Asunto: Cobertura para [nombre del producto]

Estimado(a) [Nombre del director de la farmacia o contacto del pagador]:

Le escribo en nombre de mi paciente, [nombre del paciente], con el fin de solicitar cobertura para [nombre del producto]. He adjuntado la información pertinente del paciente para documentar la necesidad médica que respalda mi solicitud.

Resumen del paciente

[Nombre del paciente] tiene [edad] años y se le diagnosticó inicialmente [diagnóstico] [código según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica (CIE-10-MC)] el día [fecha]. [Nombre del paciente] ha estado bajo mi cuidado desde el día [Fecha].

[Proporcionar detalles de los antecedentes clínicos del paciente, la afección y los síntomas actuales, las posibles contraindicaciones y los resultados relevantes de los análisis de laboratorio, destacando los factores que han llevado a recomendar el uso del producto.]

Justificación del tratamiento

[Incluir la información médica que corresponda en respaldo del producto como la opción de tratamiento adecuada. Ingresar su opinión profesional sobre el pronóstico del paciente si no recibe este tratamiento.]

Según mi opinión médica, [nombre del producto] es médicamente necesario para tratar la afección de mi paciente y solicito que se considere la cobertura de [nombre del producto] en nombre de [nombre del paciente]. Consulte los documentos de respaldo que se adjuntan para obtener más detalles, y no dude en ponerse en contacto conmigo en llamando al [número de teléfono del médico] o por correo electrónico escribiendo a [correo electrónico del médico]. Gracias por su tiempo y consideración.

Atentamente,

[Firma del médico]

[Nombre del médico] [Identificador de Proveedor Nacional (NPI) del médico] [Nombre del consultorio]

Adjuntos: [Enumerar y adjuntar otros documentos, los cuales pueden incluir información de prescripción, notas clínicas/historias clínicas, carta de aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., estudios clínicos y datos de eficacia, y/o directrices de práctica clínica.]

Esta carta se proporciona a modo de ejemplo y tiene únicamente fines educativos. Mirati Therapeutics no puede garantizar la cobertura ni el reembolso por parte del seguro. La cobertura y el reembolso pueden variar de manera significativa según el pagador, el plan, el paciente y el entorno de la atención. Es responsabilidad exclusiva del profesional de atención médica incluir la información adecuada y garantizar la exactitud de todas las declaraciones utilizadas para solicitar la cobertura y el reembolso para un paciente individual.

© 2023 Mirati Therapeutics, Inc. Todos los derechos reservados. US-NP-23-00129 V1