[Introducir el membrete del médico]

[Introducir el nombre del director médico] ASUNTO: Nombre del miembro: [Introducir el nombre del miembro]

[Introducir el nombre del pagador] Número de miembro: [Introducir el número del miembro]

[Introducir la dirección] Número de grupo: [Introducir el número del grupo]

[Introducir la ciudad, el estado, el código postal]

**SOLICITUD:** Autorización para el tratamiento con [introducir la MARCA]

**DIAGNÓSTICO:** [Introducir el diagnóstico] [Introducir la clasificación internacional de enfermedades (ICD)]

**DOSIS Y FRECUENCIA:** [Introducir la dosis y frecuencia]

**TIPO DE SOLICITUD:** ☐ Estándar ☐ ACELERADA

Estimado/a [Introducir el nombre del director médico o el nombre de la persona responsable de la autorización previa]:

Le escribo para respaldar mi solicitud de una **autorización** para que el paciente mencionado anteriormente reciba tratamiento con [introducir la MARCA] para [introducir la indicación]. Mi solicitud está respaldada por lo siguiente:

**Resumen del diagnóstico del paciente**

[Introducir el diagnóstico del paciente, la fecha del diagnóstico, los resultados de laboratorio y la fecha, la condición actual]

**Resumen del historial del paciente**

[Introducir:

* Tratamientos/procedimientos previos, incluidas la dosis y la duración, y respuesta a esas intervenciones
* Descripción de los síntomas/condiciones recientes del paciente
* Centro de servicio médico: incluya el tipo de centro (p. ej., paciente hospitalizado, paciente ambulatorio, clínica ambulatoria, consulta privada u otro) y la justificación (p. ej., cumplimiento o supervisión estrecha de los pacientes)
* Justificación para no usar fármacos que se encuentran en el formulario del plan
* Resumen de su opinión profesional sobre el pronóstico probable del paciente o la progresión de la enfermedad sin tratamiento con [introducir la MARCA]

Nota: Aplique su opinión y criterio médico al proporcionar un diagnóstico y la caracterización de la condición médica del paciente.]

**Justificación del tratamiento**

[Introducir la declaración de resumen para la justificación del tratamiento, por ejemplo: Considerando los antecedentes, la condición y la Información de prescripción completa del paciente que respalda los usos de [introducir la MARCA], creo que el tratamiento con [introducir la MARCA] en este momento es médicamente necesario, y debe ser un servicio cubierto y reembolsado.]

[Puede considerar incluir documentos que proporcionen información clínica adicional para respaldar la recomendación   
de [introducir la MARCA] para este paciente, como la Información de prescripción completa, artículos de revistas con revisión científica externa o guías clínicas].

[Dada la naturaleza urgente de esta solicitud,] proporcione una autorización oportuna. Póngase en contacto con mi consultorio en [introducir el número de teléfono] si puedo proporcionarle información adicional.

Atentamente,

[Introducir el nombre del médico y el número del proveedor participante]