**Ejemplo de carta de apelación del paciente [nombre del medicamento]**

Esta carta de ejemplo es una guía para ayudarle a redactar una apelación al seguro médico del paciente cuando se deniega la cobertura de un medicamento. Solo tiene fines informativos y no constituye asesoramiento médico, legal o de reembolso y no representa declaración, promesa o garantía de cobertura o pago. Las pólizas de seguro médico individuales se actualizan con frecuencia y es responsabilidad del proveedor del paciente y/o del personal de su consulta determinar la codificación adecuada, la necesidad médica, el lugar de servicio y los requisitos de documentación, así como enviar los códigos, modificadores y cargos apropiados por los servicios prestados, según lo especificado por el seguro médico del paciente.

[Fecha del servicio]

| [Fecha de nacimiento] |
| --- |
| [Nombre del padre/madre/tutor legal] |
| Número de póliza: | [Número de póliza] |
| Número de grupo: | [Número de grupo] |
| Número de Medicaid (si corresponde): [Número de Medicaid] |
| Número de reclamación/caso: | [Número de reclamación/caso] |

A/A:

Responder:

[Nombre del paciente]

[Nombre de la compañía de seguros médicos]

[Casilla de correos o dirección]

[Ciudad], [Estado] [Código postal]

[Teléfono]

[Fax]

Asunto: Apelar a la denegación de cobertura de [nombre del producto]

Estimado/a [director médico del pagador/nombre de contacto]:

Le escribo para apelar una reclamación que fue denegada por [nombre del paciente]. En una carta con fecha

[mes]/[fecha]/[año], [nombre de la compañía de seguros médicos] declaró que [nombre del producto] no estaba cubierto para [nombre del paciente] debido a [motivo(s) para la denegación].

He revisado esta carta y, en mi opinión personal, le pido que reconsidere esta decisión.

[Nombre del paciente] fue diagnosticado con [nombre del diagnóstico] el [mes]/[fecha]/[año] y soy el

cuidador principal.

[Incluir motivo(s) por el que cree que nombre del paciente necesita tratamiento con este medicamento]

Le ruego que revise esta apelación y considere la posibilidad de aprobar este medicamento para [nombre del paciente] que lo necesita. Si desea ponerse en contacto conmigo, utilice la información proporcionada a continuación.

Muchas gracias por su atención a este asunto tan importante. Espero recibir noticias suyas.

Atentamente,

[Nombre del cuidador]

[Número de teléfono del cuidador]

[Dirección de correo electrónico del cuidador]

©2023 Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. ACAC-0215 7/23