

## **Plantilla e instrucciones para llamada telefónica de apelación verbal del paciente**

### **FINALIDAD:**

Esta plantilla es su guía de preparación para llamar a su compañía de seguros en respuesta a su decisión de denegar la cobertura del medicamento que le recetó su médico.

La siguiente plantilla representa información típica para una compañía de seguros. Las compañías de seguros podrían requerir más o menos información que la incluida en esta plantilla. Incluir esta información no garantiza la cobertura del seguro ni un resultado positivo. La plantilla siguiente se facilita únicamente con fines de referencia. Su llamada telefónica de apelación debe estar en consonancia con su expediente clínico, su historial de tratamiento personal, sus necesidades médicas y su experiencia personal.

### **INSTRUCCIONES:**

Rellene el **texto en azul/en cursiva** con su información o con detalles que respalden su reclamación. El objetivo del texto en azul es orientar su respuesta. Deberá cambiarlo para satisfacer sus necesidades. Tener sus notas organizadas y por escrito cuando llame garantizará que pueda facilitar información completa a su compañía de seguros.

Si no puede identificar o localizar esta información, pida ayuda a su Administrador de casos de asistencia al paciente.

Mallinckrodt, la marca "M" y el logotipo de Mallinckrodt Pharmaceuticals son marcas comerciales de una compañía Mallinckrodt. Otras marcas son marcas comerciales de una compañía Mallinckrodt o de sus respectivos propietarios. © 2020 Mallinckrodt. US-2000929 04/20

1. Usted **necesitará** disponer de la siguiente información para identificarse al comienzo de su llamada:

<i>Su nombre completo</i>	
<i>Su dirección completa</i>	
<i>Su ciudad, estado y código postal</i>	
<i>Su número de teléfono con código de área</i>	
<i>Su dirección de correo electrónico</i>	

### **Información de la póliza:**

Nombre del titular de la póliza: <i>(insertar nombre)</i>	
Nombre del paciente: <i>(insertar nombre, aunque sea el mismo que el anterior)</i>	
Número de póliza: <i>(número de póliza)</i>	

### **Información sobre la denegación:**

<i>Fecha de la carta de denegación y motivo de la denegación</i>	
--	--

2. Puede que usted necesite tener los siguientes documentos o información disponibles para su referencia durante la llamada. Es posible que no tenga todo lo que se indica a continuación; reúna todo lo que pueda.

- Carta de denegación
- Copias de las autorizaciones previas
- Copias de segundas opiniones de otros profesionales sanitarios
- Medicamentos previos recetados para tratar su enfermedad y los resultados de tomar estos medicamentos

3. **Inicio de la llamada:** Informe al representante de su compañía de seguros sobre la reciente denegación, indicando que su médico (*nombre del médico* \_\_\_\_\_) le recetó recientemente (*nombre del medicamento:* \_\_\_\_\_) para tratar su (*enfermedad:* \_\_\_\_\_). A este medicamento recetado se le denegó la cobertura el (*insertar fecha:* \_\_\_\_\_) por (*insertar el motivo de la denegación según conste en la carta de denegación:* \_\_\_\_\_). Dígale al representante de la compañía de seguros que está llamando para apelar esa decisión.

4. **El “por qué”:** Pida que cubran (*nombre del medicamento:* \_\_\_\_\_) porque (*explique la repercusión de su enfermedad en su vida y su familia. Por ejemplo, “no puedo trabajar y no puedo dar un paseo alrededor de la manzana”. Enumere todos los ejemplos que pueda para mostrar cómo su enfermedad limita lo que puede hacer*).


Facilite detalles sobre otros medicamentos que le han recetado para tratar su afección y sobre cómo no han funcionado o han dejado de funcionar para usted. (*Enumere estos medicamentos, cuánto tiempo los tomó y los resultados de los medicamentos para tratar su enfermedad.*)

