

## **Plantilla e instrucciones para carta de apelación**

### **FINALIDAD:**

Esta plantilla es su guía para escribir una carta de apelación a su compañía de seguros en respuesta a su decisión de denegar su medicamento.

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 carta de apelación debe estar en consonancia con su expediente clínico, su historial de tratamiento personal y sus necesidades médicas.

### **INSTRUCCIONES:**

Rellene el **texto en azul** 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.

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

### **RECUERDE:**

Elimine todo aquello que aparezca en azul que no vaya a utilizarse en su caso. Cuando termine de escribir, cambie el texto en azul a negro. Antes de enviar esta carta a su Administrador de casos, **ELIMINE ESTA SECCIÓN DE INSTRUCCIONES**. Su carta debe comenzar con la fecha.

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-2000928 04/20

---

### Fecha

Su nombre completo

Su dirección completa

Su ciudad, estado y código postal

Su número de teléfono con código de área

Su dirección de correo electrónico

Nombre del proveedor de seguros

Dirección del proveedor de seguros

Ciudad, estado y código postal del proveedor de seguros

Estimado/a (nombre del proveedor de seguros):

Mi médico me recetó recientemente (nombre del medicamento) para tratar mi (enfermedad). A este medicamento recetado se le denegó la cobertura el (insertar fecha) por su compañía debido a (insertar el motivo de la denegación según conste en la carta de denegación). Mi número de póliza es (insertar número). Les escribo esta carta para apelar esa decisión.

Les pido que cubran (nombre del medicamento) porque (explique el impacto de su enfermedad en su vida. 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).

Me han recetado otros medicamentos para tratar mi enfermedad, pero no han funcionado o han dejado de funcionar para mí. (Enumere estos medicamentos, cuánto tiempo los tomó y los resultados de los medicamentos para tratar su enfermedad.)

Mi médico va a presentar una Carta de necesidad médica en la que se explica por qué la medicación que me han recetado es necesaria desde el punto de vista médico para mí. Dado que no soy un proveedor de atención médica, dejaré que (él/ella) se ocupe de ello. Sin embargo, me gustaría añadir que el Dr. (nombre de su médico) conoce mi situación, mi enfermedad y mis necesidades, y no me habría recetado (nombre del medicamento) a menos que me ofreciera la oportunidad de obtener mejores resultados que los tratamientos anteriores. Para que pueda recibir este medicamento de manera oportuna y beneficiarme del tratamiento que mi médico me ha recomendado, les agradezco que tomen una determinación antes de (insertar fecha).

Muchas gracias por su atención y por considerar esta apelación. Sé que el tiempo es importante en este proceso, por lo que si hay más materiales o información que pueda facilitar para ayudar con la apelación, háganmelo saber y haré todo lo posible por enviarlos.

Atentamente,

Su nombre y apellido

**Información de la póliza:**

Nombre del titular de la póliza: (insertar nombre)

Nombre del paciente: (insertar nombre, aunque sea el mismo que el anterior)

Número de póliza: (número de póliza)

Anexos:

Carta de denegación

[Enumere todos aquellos archivos o PDF que adjuntará a esta carta para respaldar su apelación, como copias de autorizaciones previas, segundas opiniones o pautas de tratamiento/artículos publicados en revistas que demuestren los beneficios de los resultados y el éxito del tratamiento con (nombre del medicamento)].