

# Apelaciones de Seguros de Salud

Una apelación es cuando usted le pide a su compañía de seguros de salud que reconsidere su decisión.

Los planes de seguro de salud deben informarle por qué no cubrieron los servicios.

## Los Pasos para la Apelación

<b>Paso 1</b>	• Conozca su plan de seguro
<b>Paso 2</b>	• Entender la Negación
<b>Paso 3</b>	• Conozca sus Derechos de Apelación
<b>Paso 4</b>	• Reunir los documentos
<b>Paso 5</b>	• Escriba una carta de apelación
<b>Paso 6</b>	• Presentar la apelación

## Consejos para la Apelación

- Preste atención a los plazos de apelación para la fecha de vencimiento de la apelación. Envíe su carta certificada. Estos pasos le darán prueba de que envió la carta antes de la fecha expirada.
- Manténgase organizado con un calendario o registro de contactos. Debe documentar sus comunicaciones y fechas importantes.
- Haga copias de su paquete de apelación en caso de que necesite consultarlo o si se perdió en el correo.
- Puede solicitar una revisión acelerada de su apelación si necesita un tratamiento de inmediato.

## Ejemplo de carta de apelación

La siguiente página tiene una carta de muestra que puede usar cuando necesite presentar una apelación a su plan de seguro médico. Deberá incluir su propia información.

[Fecha]

[Nombre del plan de Seguro de Salud]

[Departamento de Apelaciones y Quejas]

[123 dirección postal]

[Ciudad, IL, 12345]

**RE:** [Nombre del paciente]

[Identificación de miembro]

[Número de referencia de la Explicación de Beneficios]

[Fecha de nacimiento de paciente]

**RE:** [El nombre del titular de la póliza]

[Identificación de miembro]

[Número de referencia de la Explicación de Beneficios]

[Fecha de nacimiento del titular de la póliza]

A quien corresponda en [Nombre del plan de Seguro de Salud]:

Mi nombre es [tu nombre], y soy titular de una póliza de [Seguro de Salud]. El nombre de mi hijo es [nombre de hijo]. Deseo presentar una apelación ante [Nombre del plan de Seguro de Salud] por la denegación [descripción del procedimiento o servicio] para mi hijo. Recibí una Explicación de Beneficios [Fecha] declarando [proporcione el motivo de la denegación directamente desde la carta].

Mi hijo fue diagnosticado [diagnosis] en [Fecha]. [Aquí incluya una breve descripción de la condición y cómo afecta la vida de su hijo. Esto debe estar relacionado con los servicios que está apelando.]. Mi hijo es visto por el [Nombre del médico] en [proveedor/nombre del centro]. En la Carta de Necesidad Médica,

que se incluye, **[Nombre del medico]** explicó por qué **[servicio o tratamiento]** es necesaria para mi hijo. También he incluido otros documentos **[enumerar tipos de documentos]** que explican por qué mi hijo necesita esta atención. **[enumere cualquier otro servicio/tratamiento/procedimiento que haya probado. Si [procedimiento/servicio] no se aprueba, [explique qué sucederá si su hijo no recibe estos servicios].**

Por favor revise los documentos incluidos y reconsidere la decisión de denegación anterior para permitir la cobertura de **[procedimiento]**, ya que este tratamiento es necesario para la salud de mi hijo.

Si hay alguna otra información de respaldo que necesite para aprobar estos servicios, no dude en comunicarse conmigo al **[su número de teléfono]** o con mi médico proveedor al **[número de teléfono del médico]**.

Gracias por su atención en este asunto. Agradecemos su pronta consideración a esta apelación.

Atentamente,

**[Tu Nombre]**

**[Tu dirección de domicilio]**

Adjunto:

1. Explicación de Beneficios **[Fecha]** (si ya se recibieron los servicios)
2. Carta del médico de necesidad médica
3. Registros médicos
4. Documentos que explican el procedimiento