Querido/a cliente de CHA:

¡Gracias por comunicarse con Community Health Advocates (CHA) para obtener ayuda con su apelación! CHA es un programa gratuito que ayuda a los neoyorquinos a obtener, mantener, y usar su seguro de salud.

Usted nos llamó para obtener ayuda porque su compañía de seguro no pagará su reclamo porque dice que no es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de apelar. Muchos clientes ganan sus apelaciones. No es difícil, solo sigua estos pasos:

(1) Obtenga una carta de apoyo de su médico con cualquier registro médico de respaldo.

Esta es la parte más importante de su apelación. Adjuntamos un ejemplo de una carta de un médico que su médico puede utilizar para escribir una carta que respalde su apelación. También hemos adjuntado una hoja de consejos para ayudar a su médico a escribir una buena carta.

Recuerde que una apelación exitosa también puede hacer que el plan le pague a su médico, entonces su médico debería querer ayudar. Todavía puede apelar sin la carta de un médico, pero será más difícil ganar.

(2) Escriba su carta de apelación.

Solo complete el modelo que incluimos aquí; es sencillo.

(3) Hacer copias de todo y mantenga sus copias seguras.

(4) Envíe su carta, la carta de su médico, y cualquier record médico de respaldo a la dirección de apelaciones de su plan.

Puede encontrar la dirección correcta del plan (o número de fax) en la carta de denegación de su compañía de seguro, en la explicación de beneficios, o llamando a su plan directamente.

Actúe rápidamente porque solo tiene un tiempo limitado para hacer una apelación. Conserve una copia de todo lo que envíe al plan y anote la fecha en que lo envió.

Llame a nuestra línea de ayuda al 888-614-5400 si tiene alguna pregunta. Díganos si ha llamado antes para que podamos ver toda la información que tenemos sobre su caso.

Sinceramente,

El equipo de ayuda de CHA

633 Third Avenue, 10th Fl
New York, NY 10017
PH 888-614-5400
FAX 212-614-5378

[Su nombre]
[Su dirección]

[La dirección para apelaciones de su plan]
Nota: Puede encontrar esto en su carta de denegación, en su libro de beneficios, o llamando a su plan.

[Fecha]

Respecto a: *[Nombre de persona cuyo reclamo fue denegado]*
ID de seguro: *[Ingrese la identificación del seguro de la persona cuyo reclamo fue denegado]*
Fecha de Nacimiento: *[Ingrese la fecha de nacimiento de la persona cuyo reclamo fue denegado]*
Número de reclamo: [*Puede encontrar esto en su explicación de beneficios o carta de denegación]*
Fecha de Servicio: *[Esto debe de estar en los documentos de su plan o en su factura]*
Proveedor: *[Nombre del médico y/o hospital]*

A quien le pueda interesar:

Escribo para apelar su negación o negación parcial del tratamiento o pago por el tratamiento descrito anteriormente. Estos servicios fueron médicamente necesarios. Adjunto una carta de mi médico *[y registros médicos, si corresponde]* que respalda mi apelación.

[En el próximo párrafo o dos, describa su condición y el tratamiento. ¿Cómo se siente cuando no recibe los tratamientos? ¿Cómo el tratamiento lo/a hace sentir mejor? ¿Qué tipo de cosas puede hacer con la ayuda del tratamiento que no pudiera hacer sin el tratamiento? ¿Qué otros tratamientos trataron que no le funcionaron? Cuente su historia y explique por qué el tratamiento es importante para usted y cómo es beneficioso.]

Como resultado, cubra este *[servicio denegado].* Gracias por su atención a este asunto. Si tiene alguna pregunta, por favor llámeme a *[su número de teléfono].*

Sinceramente,

[Su nombre]

[Archivos adjuntos:] [Lista de archivos adjuntos, si los hay]

[Imprima en su carta de presentación, adjunte los registros médicos pertinentes, y devuelva al paciente.]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Nombre del plan médico]
[Dirección del plan médico]

[Fecha]

Respecto a: *[Nombre de persona cuyo reclamo fue denegado]*
ID de seguro: *[Ingrese el número de identificación del seguro de la persona cuyo reclamo fue denegado]*
Fecha de Servicio: *[Esto debe de estar en los documentos del plan o en la factura]*

A quien le interese:

Escribo en nombre de mi paciente, *[nombre del paciente]*, que ha estado bajo mi cuidado por *[cantidad de tiempo]. [Él/Ella]* sufre de *[diagnóstico(s)].* Para tratar esta(s) condición(es), tengo *[recomendado/realizado] [tratamiento/prescripción/artículo/servicio].*

Este tratamiento recomendado es médicamente necesario por las siguientes razones:
[Describa sus razones para recomendar este tratamiento. Por favor consulte nuestros "Cuatro consejos para escribir una carta eficaz de necesidad médica". Esta es la parte de su carta en la que debe convencer al lector de que este tratamiento es necesario y apropiado. Esto puede ser más de un párrafo si es necesario.]

Por favor reconsidere su negación de este *[servicio denegado]*. Gracias por su pronta atención, a este asunto. Si tiene alguna pregunta, llámame al *[número de teléfono].*

Sinceramente,

[Su nombre]
[Su título]

[Archivos adjuntos:] [Lista de archivos adjuntos, si los hay]

CARTA DE NECESIDAD MÉDICA

Consejos para que los médicos ayuden a ganar las apelaciones de los pacientes

A nadie le gusta pelear con las compañías de seguros, pero el apoyo de un médico suele ser el factor decisivo para que se aprueben el tratamiento necesario de un paciente. Las apelaciones bien elaboradas *a menudo ganan*. En Nueva York, alrededor de la mitad de las apelaciones de pacientes tienen éxito.

Cuatro consejos para escribir una carta efectiva de necesidad médica:

1. Usar detalles

- Describir el historial médico del paciente bajo su cuidado.
- Describir claramente la condición del paciente y el tratamiento recomendado.
- Si es relevante, discuta los intentos no efectivos de tratar la condición.
- Discutir tratamientos alternativos considerados y por qué son inferiores.

2. Describir por qué el tratamiento que recomienda es médicamente necesario.

- Una carta que simplemente diga que el servicio es “médicamente necesario” sin una explicación a menudo no es suficiente. Las cartas son más efectivas cuando respaldan esa conclusión con razones claras sobre por qué es necesario este tratamiento.
    - Por ejemplo, un tratamiento puede ser médicamente necesario porque evitará enfermedades o discapacidades; porque mejorará los efectos de una enfermedad; porque le permitirá al paciente mantener la capacidad funcional máxima; o porque los tratamientos estándares han fallado.

3. Si puede, apoye la carta con referencias.

- Consulte investigaciones médicas publicada que indiquen que el tratamiento es seguro, eficaz y/o recomendado para la condición del paciente.
- Señale porciones de la historia medica del paciente que documentan la condición y/o el efecto positivo del tratamiento.
- Refiera a cualquier éxito personal pasado usando este tratamiento para la condición.

4. **Ser convincente y usar una voz autoritaria.**

Community Service Society

www.communityhealthadvocates.org

Community Health Advocates is a program of the Community Service Society of New York.

633 Third Avenue, 10th Fl
New York, NY 10017
PH 888-614-5400
FAX 212-614-5378