

Cómo escribir una carta de apelación



Si ha llamado al departamento de servicios al cliente de su plan, pero de todos modos el plan se niega a cubrir el medicamento, lo mejor es presentar su apelación por escrito. De esta forma, también contará con un registro escrito de las medidas que tomó y las fechas en que lo hizo. Puede usar como guía el ejemplo de carta incluido a continuación.

Este ejemplo de carta de apelación se proporciona únicamente con fines informativos. Si bien todos los planes de medicamentos recetados deben seguir las reglas para las apelaciones establecidas por Medicare, cada plan puede tener procedimientos ligeramente diferentes. Es posible que este ejemplo de carta no satisfaga los requisitos de su plan. **NO USE ESTA CARTA SIN VERIFICAR PRIMERO LOS PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE SU PLAN PARA LAS CARTAS DE APELACIÓN.**

[Su nombre]
[Su dirección]
[Ciudad, Estado, Código postal]
[Su número de teléfono]
[Su número de identificación]
Fecha de nacimiento: [su fecha de nacimiento]

Fecha

Nombre del Plan de Medicamentos Recetados
Dirección del plan
Ciudad, Estado, Código postal

A quien pueda interesar:

El objetivo de la presente carta es solicitar una redeterminación. Tengo cobertura bajo su plan, y mi número de identificación es [número de identificación]. El día [fecha], intenté surtir una receta de [nombre del medicamento] en la farmacia [nombre de la farmacia] ubicada en [dirección de la farmacia]. Solicité una excepción y esta fue denegada. En la carta de determinación sobre la cobertura se informaba que ustedes denegaban mi reclamación porque [razón de la denegación]. Necesito este medicamento porque [razón por la que necesita este medicamento específico].

[Ya he pagado por el medicamento y deseo obtener un reembolso. O No puedo pagar por este medicamento por mi cuenta y necesito que ustedes lo cubran tan pronto como sea posible, ya que actualmente tuve que dejar de tomarlo].

Mi información de contacto, al igual que la del Dr./la Dra. [nombre del médico que emitió la receta], se indican a continuación.

[Nombre del médico que emitió la receta]
[Dirección del médico]
[Ciudad, Estado, Código postal]
[Número de teléfono del médico]

El Dr./la Dra. [nombre del médico] emitió la receta, y ustedes podrán comunicarse con él/ella si se necesita información médica para la consideración de mi apelación. He incluido una copia de [la receta o el recibo] para su consideración.

Les solicito una explicación por escrito de cualquier medida adicional que deba tomar para que se procese mi apelación, como también una explicación por escrito de su decisión con respecto a mi reclamación.

Atentamente.
[Su nombre]

Podrá encontrar esta información en el reverso de su tarjeta de identificación para farmacia, la que usa al recoger sus medicamentos recetados.

Su número de identificación figura en el anverso de su tarjeta de seguro de farmacia.

Posiblemente deba pedir a su médico que le proporcione información que explique por qué el medicamento es "medicamento necesario."

Si no tiene una copia de la receta escrita o el recibo de la farmacia, indique el nombre del medicamento y la dosis que se le recetó. Verifique con su farmacéutico para verificar que haya escrito todo correctamente, dado que los nombres de muchos medicamentos son similares.