## Ejemplo de carta de apelación

[Membrete del médico]

Número de reclamación: [Número de reclamación]

Fecha de presentación: [Fecha]

Fecha de denegación: [Fecha]

## [Fecha]

[Departamento de autorización previa o nombre de contacto]

[Nombre de la compañía de seguro médico]

[Dirección de la compañía de seguro]

[Ciudad, estado, código postal]

Paciente: [Nombre del paciente]

Identificación del paciente: [Identificación de miembro correspondiente al plan del paciente] Fecha de nacimiento: [Fecha de nacimiento del

paciente]

Titular de la póliza: [Nombre del titular de la

póliza]

Número del grupo: [Número del grupo del titular

de la póliza]

Diagnóstico: [Código o diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica (CIE-10-

MC)]

## A/A: Departamento de autorización previa/apelaciones

A quien corresponda:

Me llamo [nombre del médico], y le escribo en nombre de mi paciente, [nombre del paciente], para solicitar una revisión de su denegación de la cobertura para [nombre del producto]. [Nombre del paciente] ha estado bajo mi cuidado para el tratamiento de [afección del paciente].

Entiendo que el motivo de la denegación es [copiar el motivo literalmente de la carta de denegación del plan]. No obstante, en mi opinión, [nombre del producto] es el tratamiento adecuado para mi paciente.

Con el fin de respaldar esta opinión, compartiré los antecedentes clínicos relevantes del paciente. [Proporcione un breve historial médico que incluya el diagnóstico, las alergias, las comorbilidades existentes y los códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)].

[Exponga los fundamentos para el uso del medicamento frente a otros tratamientos. Inserte aquí su resumen de recomendaciones, incluida su opinión profesional sobre el pronóstico de su paciente o la progresión de la enfermedad sin este tratamiento]. Consulte a continuación la lista de documentos adjuntos que respaldan esta opinión. En función de esta información, le pido que se proporcione la cobertura de [nombre del producto] para mi paciente.

No dude en comunicarse conmigo llamando al [número de teléfono del médico] o con [nombre del paciente] llamando al [número de teléfono del paciente] por cualquier información adicional que pueda necesitar. Mi paciente y yo esperamos recibir su respuesta oportuna y la aprobación de esta reclamación.

Gracias por su tiempo y consideración.

## Atentamente,

[Firma del médico]

[Nombre del médico] [Identificador de Proveedor Nacional (NPI) del médico] [Nombre del consultorio] [Número de teléfono del médico] [Número de fax del médico] [Dirección de correo electrónico del médico]

<u>Adjuntos</u>: [Enumerar y adjuntar otros documentos, los cuales pueden incluir información de prescripción, notas clínicas/historias clínicas, carta de aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., estudios clínicos y datos de eficacia, y/o directrices de práctica clínica.]

Esta carta se proporciona a modo de ejemplo y tiene únicamente fines educativos. Mirati Therapeutics no puede garantizar la cobertura ni el reembolso por parte del seguro. La cobertura y el reembolso pueden variar de manera significativa según el pagador, el plan, el paciente y el entorno de la atención. Es responsabilidad exclusiva del profesional de atención médica incluir la información adecuada y garantizar la exactitud de todas las declaraciones utilizadas para solicitar la cobertura y el reembolso para un paciente individual.

© 2023 Mirati Therapeutics, Inc. Todos los derechos reservados. US-NP-23-00128 V1