

PLANILLA 17www.LLS.org/manual-del-cuidador**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE APELACIONES AL SEGURO MÉDICO**

Paso/medida	Fecha	Nombre e información de contacto	Comentarios/notas
Antes de iniciar la apelación			
Fecha del servicio (fecha en la cual se recibió el servicio médico) y qué servicio se recibió			
Envié la reclamación al proveedor de seguros			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros (explicación de beneficios y/u otras comunicaciones escritas)			
Si la reclamación fue denegada, la fecha en la que hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí la documentación de apoyo necesaria			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
Apelación interna			
Envié a la compañía de seguros mi primer formulario de apelación (primera apelación interna)			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros			
Si la apelación interna fue denegada, recibí una explicación por escrito de la compañía exponiendo las razones por las cuales denegaron mi reclamación			
Presenté mi segundo formulario de apelación (segunda apelación interna; solo en casos en los cuales la ley estatal o la política de la compañía lo exige)			
Si la reclamación fue denegada, hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí cualquier otra documentación de apoyo			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
Apelación externa			
Presenté los formularios y la documentación para la apelación externa a la institución correspondiente <ul style="list-style-type: none"> • Triage Cancer cuenta con la información de contacto de diversos recursos en cada estado, disponible en www.triagecancer.org/stateresources (en inglés) 			
Recibí una respuesta a mi apelación externa de la organización/entidad de revisión independiente			

Este formulario es una adaptación del Health Insurance Appeal Tracking Form ©2018 de Triage Cancer. El formulario original está disponible (en inglés) en: www.triagecancer.org/AppealTrackingForm.