



**Formulario de seguimiento de
apelaciones de seguro médico**

Nombre de compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Procedimiento: _____ El reclamo es para: Preautorización Beneficios ya recibidos

Acción	Fecha	Nombre de persona de contacto	Método de contacto (por ejemplo, fax, correo, email) e información	Fecha prevista de respuesta	Notas
Reclamo enviado al proveedor de seguros					
Respuesta recibida de la compañía de seguros					
Si se rechaza el reclamo, hablé con mi equipo de atención médica y solicité cualquier documentación de respaldo que pudiera necesitar a ellos					
Recibí documentación de respaldo del equipo de atención médica.					
Envié mi apelación interna a mi compañía de seguro					
Recibí una respuesta a mi apelación interna de mi compañía de seguros					
Si se rechaza la apelación interna, mi plan me proporcionó copias de las					



**Formulario de seguimiento de
apelaciones de seguro médico**

pruebas y explicaciones que utilizó para tomar su decisión					
Presenté mi segunda apelación interna (solo si así lo exige el estado, ley o política de la empresa)					
Si se rechaza el reclamo, hablé con mi equipo de atención médica y solicité documentación adicional de apoyo.					
Recibí documentación de apoyo de equipo de atención médica					
Presentó una apelación externa ante la agencia correspondiente.					
Recibí una respuesta a mi apelación externa del organización/entidad de revisión independiente					

Tenga en cuenta que este cuadro está diseñado para brindarle un proceso general y un método de seguimiento para su apelación de seguro. Puede encontrar más información sobre las apelaciones y las reglas de su estado en www.HealthCare.gov (busque “apelaciones”). Si es participante o beneficiario de un plan de salud autoasegurado patrocinado por el empleador, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-3272.