



# Lista de verificación para la **consideración del proceso de apelación**

Si se niega la reclamación de un medicamento o servicio de un paciente, **el primer paso es revisar el motivo de la negación y asegurar que la reclamación inicial se haya completado y presentado de manera correcta.**\* Si todo se presentó de manera correcta, el siguiente paso es presentar una apelación. Debido a que el proceso de apelación varía según la aseguradora, es importante comprender plenamente lo siguiente:

- **Comprender** el motivo de la negación y si la presentación original fue incorrecta, la reclamación se debe volver a presentar con el error corregido (por lo general, se detalla en la notificación de rechazo en Explicación de beneficios).
- **Revisar** las guías de la aseguradora acerca del proceso de apelación y cómo comenzar (Nota: Revisar el sitio web de la aseguradora para obtener la información más actual con respecto al proceso de apelación).
- **Completar** todos los formularios de apelación requeridos y proporcionar los documentos solicitados.
- **Informarse** acerca de las fechas tope de presentación y los plazos de revisión de la aseguradora.

**Nota:** Muchas aseguradoras usan un administrador de beneficios de farmacia (PBM) a fin de administrar los beneficios de recetas para pacientes. Recuerde que cuando un médico prescriptor o paciente solicitan o apelan una decisión, es posible que se comuniquen con el PBM y no con la aseguradora.

**La lista de verificación que aparece a continuación destaca los elementos y la información que pueden ser necesarios cuando se presente una apelación a la aseguradora:**

La lista de verificación no es una orientación médica ni una sugerencia para que usted presente una apelación. La información proporcionada en esta lista de verificación es de naturaleza general y no pretende ser concluyente ni exhaustiva. Como proveedor de atención médica del paciente, usted es responsable de aplicar su opinión clínica con respecto a la atención y al tratamiento adecuados de cada paciente.

## ✓ **Formularios de apelación completados y documentación requerida**

Si se requiere, complete y envíe el formulario de apelación a la aseguradora. Los formularios de apelación pueden obtenerse a través del sitio web de la aseguradora o comunicándose con el servicio de atención al cliente de la aseguradora.

## ✓ **La carta formal que apela la negación debe incluir lo siguiente:**

- **Información del paciente**
    - Nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación del seguro y número de grupo, y número de identificación del caso
  - **Fundamentos para el tratamiento**
    - Insertar una declaración resumida y clara de los motivos para el suministro del medicamento o la prestación del servicio
    - Incluir los datos del ensayo que respaldan la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) del tratamiento solicitado, al igual que la administración del medicamento y la información de administración de dosis
  - **Resumen del diagnóstico del paciente**
    - Diagnóstico (CIE-10-MC) y fecha del diagnóstico
  - Registros médicos del paciente
  - Resultados de la prueba de diagnóstico y resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes
  - Gravedad actual de la afección del paciente, incluidas las comorbilidades o la intolerancia a otras terapias
  - **Resumen de los antecedentes del paciente**
    - Procedimientos o tratamientos administrados anteriormente y fechas
    - Respuesta a las intervenciones
    - Afección y síntomas recientes
    - Opinión del médico del pronóstico o la evolución de la enfermedad del paciente
- Nota:** Use su opinión y juicio médicos cuando proporcione un diagnóstico y la caracterización de la afección del paciente.

## ✓ **Información relevante adicional que respalde el tratamiento solicitado, como lo siguiente:**

- **Resultados recientes de estudios de diagnóstico por imágenes e informes de anatomía patológica que demuestren la evolución de la enfermedad**
- **Ficha técnica del producto y NDC**
- **Artículos de revistas con revisión externa por expertos o prácticas clínicas que hagan referencia a guías con reconocimiento nacional (por ejemplo, ASCO, NCCN)**

**Para solicitudes urgentes,** se debe proporcionar información adecuada para respaldar la naturaleza urgente de la solicitud.

\*Revisar la reclamación presentada para verificar que: 1) el producto esté cubierto para el diagnóstico del paciente por la aseguradora; 2) se haya obtenido la autorización previa, si se requiere; 3) la información del paciente se registró correctamente y 4) la codificación para el producto fue exacta.

ASCO: Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica; CIE-10-MC, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, Modificación Clínica; NCCN: Red Nacional Integral del Cáncer; NDC: Código Nacional de Medicamentos.

**Johnson & Johnson** HEALTH CARE SYSTEMS, INC.