

**PROCESO DE APELACIÓN PARA PACIENTES**

Usted tiene el derecho de apelar. Puede apelar la decisión de inelegibilidad si considera que hay motivos por los cuales debe verse elegible para la ayuda financiera que no se abordaron durante la entrevista con el Representante de Servicios al Paciente (Patient Services Representative; *PSR*, por sus siglas en inglés).

Si, al final de su entrevista, el *PSR* ha determinado que usted no reúne los requisitos para recibir ayuda financiera, el *PSR* le explicará por qué lo determinaron como inelegible.

Si usted considera que tiene circunstancias atenuantes, complete la carta adjunta, junto con cualquier información adicional y envíesela al Supervisor de apelaciones dentro de 90 días a partir de la fecha en que lo declararon inelegible, y el supervisor la presentará al Comité de apelaciones. Asegúrese de incluir cualquier circunstancia especial en su vida que haya causado la dificultad para costear su atención médica. Puede presentar esta apelación ya sea por correo postal o electrónico a:

**Representante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Albuquerque, NM 87xxx

O, por correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Todas las cartas de apelación son revisadas por el Comité de apelaciones. El Comité de apelaciones analizará sus cuentas médicas, su historial médico, la política del hospital, el motivo de la denegación, y luego evaluará de nuevo su elegibilidad. Se le informará si su apelación ha sido aprobada o no dentro de 30 días a partir de la fecha en que los Hospitales UNM reciban la carta de apelación.

Si se deniega su apelación, recibirá una carta de denegación con una explicación. Esta segunda carta de denegación le dará la opción de apelar con el Comité ejecutivo de apelaciones escribiendo a:

**Executive Appeals Committee /  
Comité ejecutivo de apelaciones**

1131 University N.E., Suite D  
Albuquerque, NM 87102

Las denegaciones serán evaluadas nuevamente por el Comité ejecutivo de apelaciones, que tomará en cuenta sus cuentas médicas, su historial médico, la política del hospital, y su situación actual, así como futura tanto financiera como médica.

Anexo G

Usted recibirá una respuesta por escrito a esta Apelación ejecutiva informándole si se aprobó su apelación o si la determinación original de inelegibilidad ha sido confirmada.

Tenga en cuenta que usted seguirá siendo responsable de cualquier factura mientras su caso esté bajo revisión. Puede llamar al 272-2521 para establecer acuerdos de pago.

**Carta de apelación**

Marque una opción:  1<sup>ra</sup> carta de apelación  2<sup>da</sup> carta de apelación

Utilice la plantilla a continuación para su solicitud de apelación y sea lo más detallado que pueda. Siéntase en libertad de adjuntar hojas de papel adicionales si necesita más espacio. Complete este formulario en el idioma con el que se sienta más cómodo.

Fecha de hoy:

De (Nombre del paciente):

Fecha de nacimiento:

N.º de expediente médico:

Fecha en la que recibió la Carta de inelegibilidad:

Proporcione una lista que incluya los siguientes datos:

Afecciones por las que está recibiendo tratamiento:

Los medicamentos que toma actualmente:

La frecuencia con que consulta con un médico:

Los gastos mensuales para su atención médica:

Explique cualquier dificultad financiera que afecte su capacidad para pagar sus cuentas médicas o medicamentos:

---

---

---

---

---

---

---

---

De una descripción breve de sus necesidades actuales de atención médica:

---

---

---

---

Anexo G

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rev: 05/26/2022