



## PROCESO DE APELACIÓN PARA PACIENTES Y FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

Para UNM Care y programas Out-of-County Care

Usted tiene el derecho a apelar la denegación de su solicitud para recibir UNM Care o Out-of-County Care. Si su solicitud ha sido denegada, pero cree que hay otras razones por las cuales debería recibir UNM Care o Out-of-County Care, puede pedir una revisión de su solicitud (o apelar la decisión). Usted debe mandar la carta de apelación en un plazo de 45 días desde la fecha en que fue denegada.

Al final de la cita, o después de haber entregado todos los documentos necesarios, el equipo de Ayuda Financiera le dirá si la solicitud para recibir UNM Care o Out-of-County Care ha sido aprobada o denegada. Si la solicitud es denegada, usted recibirá una carta explicando la razón por la cual ha sido denegada.

Usted puede apelar si no está de acuerdo con la razón por la cual se denegó. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Usted cree que su enfermedad conllevará asumir facturas de cantidades elevadas durante el próximo año y no va a poder pagarlas
- Usted cree que su tratamiento o procedimiento sí es medicamente necesario
- Hay una razón que no se tuvo en consideración por la cual usted debería recibir beneficios

### Instrucciones y proceso de apelación 1

Por favor, complete el Formulario de Solicitud de Apelación e incluya cualquier información o documentos adicionales que quiere que se tengan en consideración en su apelación. Asegúrese de incluir cualquier circunstancia especial que haya ocurrido en su vida y haya hecho más difícil poder pagar sus gastos médicos.

Debe mandar su apelación en un plazo de 45 días desde la fecha en que su solicitud fue denegada. Puede mandar su solicitud de apelación junto con cualquier documento adicional por correo postal o por correo electrónico a:

Representante \_\_\_\_\_

Albuquerque, NM 87xxx

Correo electrónico a [FinancialAssistance@salud.unm.edu](mailto:FinancialAssistance@salud.unm.edu) o a su representante \_\_\_\_\_

Todas las cartas de apelación se revisan por el Comité de Apelaciones. El Comité de Apelaciones considerará su solicitud de apelación y cualquier documento adicional que incluya, las facturas médicas, su historial médico, la póliza de UNMH, la razón por la cual la solicitud fue denegada y después, evaluará de nuevo su elegibilidad. Le informarán si su solicitud ha sido aprobada o denegada en un plazo de 30 días después de que el hospital de UNM haya recibido su carta de apelación.

### **Instrucciones y proceso de apelación 2**

Si su apelación ha sido denegada, usted recibirá una carta explicando los motivos por los cuales ha sido denegada. Esta segunda carta de denegación, le dará la opción de apelar su caso al Comité Ejecutivo de Apelaciones. Puede solicitar una apelación llamando al 505-272-2521 para hablar con el representante de Ayuda Financiera para Pacientes que conoció durante su cita y les puede decir que desea que su solicitud sea reevaluada por el Comité Ejecutivo de Apelaciones. Usted no tiene que mandar más documentos, pero si tiene documentos que quiere que se tomen en consideración, mándelos a:

Executive Appeals Committee  
1131 University N.E. Suite D  
Albuquerque, NM 87102

Las solicitudes denegadas serán evaluadas de nuevo por el Comité Ejecutivo de Apelaciones, quienes considerarán su Formulario de Solicitud de Apelación y cualquier documento adicional que haya mandado, las facturas médicas, su historial médico, la póliza de UNMH, la razón por la cual su solicitud ha sido denegada, así como su situación económica y médica actual y futura.

Recibirá una respuesta por escrito con respecto a su Apelación Ejecutiva para notificarle si su apelación ha sido aprobada o denegada.

**Por favor, sepa que usted es responsable de pagar sus facturas mientras estamos revisando su caso. Puede llamar a 505-272-2521 para gestionar los pagos.**

*El Formulario de Solicitud de Apelación está en la siguiente página.*

**Formulario de Solicitud de Apelación**

Para solicitar una apelación, complete este formulario o responda las preguntas en un papel aparte. Incluya tantos detalles como sea posible. Adjunte documentos adicionales, si necesita más espacio. Por favor, complete este formulario en su lenguaje preferido.

Fecha de hoy:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número de expediente médico:

Fecha que aparece en la carta indicando que su solicitud para recibir UNM Care o Out-of-County Care fue denegada:

¿Para qué problemas médicos está recibiendo tratamiento?

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

¿Con qué frecuencia ve a su doctor?

¿Cuáles son sus gastos mensuales de atención médica?

Por favor, explique los problemas económicos que hacen difícil poder pagar sus facturas médicas o medicamentos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor, incluya una breve explicación sobre los cuidados médicos que necesita actualmente:

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor, incluya cualquier otra información que pueda ayudarnos a reconsiderar la solicitud que fue denegada:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha