

## Pre-aprobación de seguro privado

[Tu nombre completo]  
[Tu dirección]  
[Tu número de teléfono]  
[Fecha]

Re: [Nombre del beneficiario], Miembro # [Número de ID del miembro] Reclamo # [Número de reclamo]

A quien corresponda:

Le escribo para solicitar la pre-aprobación para el [servicio] por [nombre del proveedor].

He revisado mi póliza y creo que [el nombre del plan de salud] se requiere para cubrir este servicio. El [Servicio] está basado en evidencia y es médicamente necesario para asegurar que [Beneficiario] pueda comunicarse efectivamente.

Adjunto una carta del [proveedor de tipo de tratamiento] de [Beneficiario], [nombre], explicando que esta intervención se basa en la evidencia y es médicamente necesaria debido a [describir las necesidades específicas del beneficiario que serán atendidas por el servicio]. La intervención abordará estas necesidades mediante [describir lo que implica la intervención].

[Para un servicio continuo, añade:] Como es recomendado por el [proveedor del tratamiento], estoy solicitando una pre aprobación para x horas/visitas por día/semana/mes.

[Si es posible, añade información más detallada. Si estás incluyendo otros documentos, como evaluaciones previas, u otra información, incluye una lista de lo que estás enviando aquí.]

Si necesita información adicional, puede ponerse en contacto conmigo en [número de teléfono y/o dirección de correo electrónico].

Atentamente,

[Firma]  
[Nombre escrito]

**Language**  
Spanish

### OFFICE OF DEVELOPMENTAL PRIMARY CARE

500 Parnassus Ave, Box 0900  
San Francisco, CA 94143  
**Phone:** (415) 476-4641 **Fax:** (415) 476-6051

- [Site Map](#)
- [UCSF Main Site](#)

© 2018 The Regents of the University of California