

CARTA DE JUSTIFICACION MEDICA- PLANTILLA

Full name of parent's (*Nombre completo de los padres*)

Insurance ID (*Identificación del seguro medico*)

Full name of Child (*Nombre completo de su hijo/hija*)

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*)

Diagnosis codes (*códigos del diagnóstico*)

Dear Insurance person (*Estimado representante del seguro médico*)

Date (*Fecha*)

This letter is to communicate the medical need for **[service/ item requested]**

Esta carta es para comunicarle la necesidad médica de **[service/ item requested]** *servicio/ artículo requerido*

My child, **[Child's Full Name]** has a medical diagnosis that requires this service/device.

Mi hijo **[Nombre y apellido hijo]** *tiene un diagnóstico médico que requiere el uso de este servicio/ artículo.*

I have researched other devices but feel this is the best device for my child.

(He investigado acerca de otras opciones pero siento que este es el mejor para mi hijo/hija).

Other devices don't have the ability to tilt in space. The **[NAME OF DEVICE]**

(Otros aparatos/servicios no tienen la capacidad de girar en el espacio). [NOMBRE APARATO]

has this ability, allowing for multiple positions.

(si tiene la capacidad de voltearse y alcanzar múltiples posiciones).

Multiple positions are important as **[CHILD'S NAME]**

(Poder adquirir múltiples posiciones es muy importante para [NOMBRE HIJO] dado que

must be repositioned often to reduce spasticity

(su cuerpo necesita ser movido con frecuencia para evitar espasticidad)

The positions also allow this device to grow with my child. Reducing the need for another device to be purchased in a few years. This device was recommended by a licensed therapist, see attached letter. Without this device my child will require additional therapies and costly surgeries in the future.

(Las posiciones que adopta este aparato también permiten que pueda crecer en la misma medida en que lo hace mi hijo/hija. Esto reduce la necesidad de tener que comprar otro aparato en un par de años. Este aparato fue recomendado por un terapeuta certificado de quien encontrará una carta adjunta a esta solicitud. Sin este dispositivo mi hijo/hija requerirá terapias adicionales y cirugías costosas en el futuro.)

I am sure you get letters asking for things every day. I am including a picture of ...

[CHILD'S NAME]

Estoy seguro de que usted recibe cartas como esta a diario. He incluido una foto de... [NOMBRE HIJO]

...using this device, to assist you in understanding the importance having this device. If this device is not approved the child will - cost more money, lose mobility, lose community access. I do plan to go through the appeal process if this device is not funded.

(...utilizando este aparato para ayudarle a entender la importancia de tener el mismo. Si este aparato no es aprobado para mi hijo/hija, esto resultará en una mayor inversión de dinero, perderá movilidad y acceso a la comunidad. Es mi intención continuar con un proceso de apelación en caso de que no sea aprobado el artículo en cuestión.)

Your company's definition of medical necessity is: [Add description HERE]

La definición de necesidad médica en su organización es.[Insertar definición aquí]

I am communicating that this device for my child fits your definition for the above reason.

Le estoy comunicando que este aparato representa para mi hijo/hija lo que en su definición describen.

Don't hesitate to call or email if you need additional information, related to this decision.

I look forward to hearing from you.

No dude en llamarme o enviarme un correo electrónico si requiere alguna información adicional relacionada con esta decisión. Espero escuchar noticias de su parte.

Sincerely, *(Cordialmente)*

Name, ID# *(Nombre e identificación)*

Address *(Dirección)*

Phone *(Teléfono)*

Email *(Correo electrónico)*

Attachments: *(Anexos)*

- Doctors, therapist or professional letter *(Cartas de doctores, terapeutas, profesionales)*

- Picture *(Fotos)*

- Marketing material about device *(Publicidad y descripción del aparato solicitado)*