

Requisitos del formulario de reclamación del afiliado

Tenga en cuenta los requisitos y recomendaciones que presentamos a continuación para completar el formulario de reclamación adjunto del afiliado. No presente reclamaciones de medicamentos con receta ni procedimientos dentales con este formulario.

Visite es.BlueCrossNC.com/Claims para obtener formularios de reclamaciones internacionales y de medicamentos con receta, o llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta del seguro.

Notas importantes al completar el formulario de reclamación:

- Escriba con máquina o utilice tinta azul o negra para completar el formulario.
- Complete un formulario de reclamación por separado para cada miembro de la familia cubierto.
- Complete un formulario de reclamación por separado para cada proveedor.
- Los recibos adjuntos deben incluir códigos de procedimiento y códigos de diagnóstico (como códigos CPT/Dx), el costo individual para cada servicio y el nombre, dirección e identificación fiscal del proveedor.
- No presente una reclamación si el proveedor solicita los mismos servicios o si el proveedor está dentro de la red.
- Adjunte la explicación de beneficios si estos servicios están cubiertos por otra póliza de seguro.
- Las reclamaciones deben presentarse dentro de los 18 meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios o, de lo contrario, se rechazarán.
- Si su dirección cambió recientemente, comuníquese con el departamento de servicio al cliente utilizando el número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta del seguro para asegurarse de que nuestros registros tengan la información correcta.
- Guarde una copia de este formulario y de sus recibos.
- Recuerde firmar y poner la fecha al final de la Sección 5.

Tenga en cuenta que el formulario de reclamación se devolverá al afiliado si no se adjuntan los recibos del proveedor.



Formulario de reclamación del afiliado

SECCIÓN 1: Información del paciente																
Ingrese el número de suscriptor que figura en su tarjeta del seguro.																
Número de suscriptor:	Comience con el prefijo de letras											-			Dos dígitos después del nombre del afiliado (ver tarjeta del seguro)	
Apellido del paciente: _____						Nombre: _____						Inicial del segundo nombre: _____				
Fecha de nacimiento:				-			-					Género:		☐ Masculino ☐ Femenino	Relación con el suscriptor:	☐ Yo mismo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro: _____

SECCIÓN 2: Información de correo			
Nombre del suscriptor: _____			
Dirección (Línea 1): _____			
Ciudad:		Estado:	
		Código postal:	-

SECCIÓN 3: Información adicional sobre seguros Complete la información a continuación si el paciente está cubierto por otra póliza de seguro médico.	
¿Tiene el paciente otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la otra compañía de seguro médico: _____
Número de la otra póliza de seguro: _____	Nombre del otro titular de la póliza: _____
Nombre del empleador del otro titular: _____	
Complete la siguiente información si el paciente está cubierto por Medicare:	
Número de reclamación del seguro médico de Medicare: _____	El paciente cumple los requisitos para: (Marque todo lo que corresponda) ☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte C

SECCIÓN 4: Información internacional Complete la información a continuación si el proveedor o los servicios proporcionados estaban fuera de los Estados Unidos.	
País: _____	Moneda utilizada: _____

SECCIÓN 5: Envío de información del formulario

ENVÍE POR CORREO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO ESTE FORMULARIO, RECIBOS DETALLADOS Y EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (si corresponde) A:

CORREO: Blue Cross and Blue Shield of North Carolina, P.O. Box 35, Durham, NC 27702 **FAX:** 1-866-990-1385

CORREO ELECTRÓNICO: MemberClaimsSubmission@bcbsnc.com

TENGA EN CUENTA: Si su otro seguro o póliza de Medicare es primario, debe adjuntar una copia de la explicación de beneficios de esa compañía aseguradora. Su reclamación no puede procesarse sin esta información.

Certifico que la información contenida en este formulario es correcta y que los gastos incurridos fueron necesarios para los servicios presentados.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono durante el día: _____