

# Guía para comprender

## el formulario de apelación de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina

Estimado afiliado,

Como parte de nuestro servicio hemos diseñado esta guía visual para ayudarlo a comprender el formulario de apelación de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC). Si desea presentar una apelación debido a una determinación adversa de beneficios o tiene una queja formal debido a cualquiera de nuestras decisiones, políticas o acciones relacionadas con la disponibilidad, entrega o calidad de los servicios de atención médica, tiene el derecho de solicitar que BCBSNC revise la decisión mediante el proceso de apelación o trámite de quejas.

El proceso de apelación es voluntario y lo puede solicitar el afiliado o por medio de un representante autorizado actuando en nombre del afiliado con una autorización por escrito. A continuación le mostraremos cómo leer el formulario de apelación.

***Si luego de leer esta explicación aun tiene preguntas, por favor llame al departamento de servicio al cliente al número que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro.***

### Temas incluidos en esta guía

Información general acerca del proceso de apelación

Explicación detallada para leer el formulario de apelación

Su derecho de apelar

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Visítenos en [bcbsnc.com/azul](https://www.bcbsnc.com/azul)

# 1

## Información general acerca del proceso de apelación

En el caso de una determinación adversa de beneficios, puede presentar una apelación dentro de 180 días de la decisión. Para obtener más información sobre nuestro proceso de apelaciones y para completar nuestro formulario de información sobre seguro (si tiene cobertura bajo otro plan de seguro médico), por favor ingrese a la sección de afiliados «Member Services»

(disponible únicamente en inglés). Si necesita apelar una reclamación denegada, llame al departamento de servicio al cliente al número que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro para ver si su problema se puede resolver por teléfono. Si la apelación sigue siendo necesaria, tendrá que descargar y completar el formulario de apelación.

# 2

## Información detallada para leer el formulario de apelación

En esta sección usted encontrará una muestra del formulario de apelación. Para su referencia, a continuación le explicaremos los detalles del formulario.

Esta es la dirección a la cual debe enviar el formulario de apelación completo.

PO Box 30055  
Durham, NC 27702-3055

Formulario de apelación → **Appeal Form**

Marque el tipo de plan médico que tiene.

- State Health Plan PPO
- Blue Care
- Blue Options
- Blue Choice
- Classic Blue
- Blue Advantage
- Other \_\_\_\_\_

Utilice esta sección para incluir los datos del paciente:

- + Nombre - Name
- + Dirección - Address
- + Ciudad - City
- + Estado - State
- + Código postal – Zip Code
- + Número telefónico del hogar – Home Telephone Number
- + Número telefónico del trabajo – Work Telephone Number

PATIENT INFORMATION			
NAME			
STREET ADDRESS			
CITY	STATE	ZIP CODE	
HOME TELEPHONE NUMBER	WORK TELEPHONE NUMBER		

Utilice esta sección para incluir los datos del afiliado:

- + Nombre del suscriptor - Subscriber
- + Número de identificación del suscriptor – Subscriber ID
- + Nombre del paciente - Patient
- + Fecha del servicio – Date of Service
- + Proveedor - Provider
- + Número de referencia (si está disponible) – Reference Number
- + Fecha en que se envió el formulario – Date Form Mailed

SUBSCRIBER INFORMATION			
SUBSCRIBER		SUBSCRIBER ID NUMBER	
PATIENT		DATE OF SERVICE	
PROVIDER			
REFERENCE NUMBER (IF AVAILABLE)		DATE FORM MAILED	

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

