Formulario de reclamación para afiliados

No utilice este formulario para medicamentos con receta. Escriba con máquina o con tinta azul o negra

- Visite ***bcbsnc.com*** para encontrar los formularios de reclamación para medicamentos con receta, servicios dentales y servicios internacionales, o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de afiliado.

Requisitos para enviar una reclamación:

- Completar un formulario de reclamación para cada miembro de la familia.
- Anexar los recibos detallados y hacer una copia para sus registros. Refiérase a la sección IV para ver la información requerida.
- No enviar una reclamación si el proveedor ha enviado una por los mismos servicios.
- Anexar la Explicación de Beneficios si estos servicios están cubiertos por otra póliza de seguro médico.
- Las reclamaciones deben enviarse dentro de 18 meses después de la fecha en que se recibieron los servicios, o serán denegadas.
- Refiérase a la sección VI para información de envío.

Cualquier reclamación que se envía sin la documentación requerida mencionada anteriormente será devuelta.

SECCIÓN I: Información del paciente Coloque el número de suscriptor que aparece en su tarjeta de afiliado

Número del suscriptor: **Comience con las letras del prefijo** | | | | | | | | | | | | | – | | **Los 2 dígitos después del nombre del afiliado:** ***(refiérase a la tarjeta del afiliado)***

Apellido del paciente: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: ☐☐–☐☐–☐☐☐☐ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer **Relación con el suscriptor:** ☐ Mismo ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro:

SECCIÓN II: Dirección de envío ☐ Marque aquí si su dirección ha cambiado.

Nombre del suscriptor:

Dirección (línea 1):

Dirección (línea 2):

Ciudad: Estado: Código postal:

SECCIÓN III: Información del otro seguro médico

Complete la información a continuación si el paciente está cubierto bajo 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:

Nombre del suscriptor de la otra póliza:

Nombre del empleador del suscriptor de la otra póliza:

Complete la información a continuación si el paciente está cubierto por Medicare:

Número de reclamación de seguro médico de Medicare:

¿Cumple el paciente con los requisitos para...? ☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte A y B

AVISO: Si su seguro primario es con otra compañía de seguro médico o Medicare, debe anexar una copia de la Explicación de Beneficios de esa aseguradora. Su reclamación no se puede procesar sin esta información.

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ®, SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association. SM1 Marca de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina BE236_sp, 6/14

SECCIÓN IV: Servicios y suministros que se deben considerar para reembolso

Esto puede incluir servicios de ambulancia, equipo médico, suministros diabéticos, anteojos o lentes de contacto o servicios que se realizaron fuera de la red. BCBSNC requiere que los códigos de procedimiento y códigos de diagnóstico en el recibo se proporcionen por el proveedor del servicio. Reclamaciones o recibos enviados sin la información que se detalla a continuación, SE DEVOLVERÁN.

Indique dónde se recibieron los servicios si no fue en Carolina del Norte

País: **Moneda utilizada:**

Fecha de servicio (MM-DD-AA)	Códigos de procedimiento o descripción de servicios/suministros	Códigos de diagnóstico o síntomas para los cuales ha solicitado atención médica	Cargo
01-05-07	EJEMPLO: Cita en el consultorio médico	Síntomas de resfriado	54.00

SECCIÓN V: Enfermería particular

Adjunte una copia de sus recibos para estos servicios.

Fecha de servicio (MM-DD-AA)	Nombre del profesional de enfermería	Indique si es profesional de enfermería registrado (RN), licenciado (LPN) o asistente certificado (CNA)	Número de licencia	Horas trabajadas	Cargo
03-10-07	EJEMPLO: Ms. Jane M. Doe	LPN	123456	8	160.00

SECCIÓN VI: Información de envío

ENVÍE ESTE FORMULARIO, LOS RECIBOS DETALLADOS Y LAS EXPLICACIONES DE BENEFICIOS *(si corresponde)* A:

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
P.O. Box 35
Durham, NC 27702

RECUERDE:

- Escribir usando tinta azul o negra para completar el formulario.
- Anexar la Explicación de Beneficios, si corresponde.
- Anexar los recibos detallados.
- Firmar a continuación.
- Guardar una copia de este formulario así como sus recibos.

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

Firma: **Fecha:** **Número de teléfono durante el día:**

Coloque su nombre y firme el documento