

Requisitos del formulario de reclamación para afiliados

Tenga en cuenta los siguientes requisitos de presentación y consejos para rellenar el formulario adjunto de reclamación para afiliados. No presente reclamaciones de medicamentos con receta o dentales con este formulario.

- Visite [es.BlueCrossNC.com](https://www.bluecrossnc.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.

Información importante para el momento de completar un formulario

- Complete un formulario de reclamación por cada proveedor.
- Utilice tinta azul o negra para completar el formulario
- Anexe los recibos con los códigos de procedimiento y de diagnóstico, como el código CPT/Dx, y el número de identificación fiscal y costo individual de cada servicio o nombre del proveedor, así como la dirección correspondiente.
- No envíe una reclamación si el proveedor ha enviado una por los mismos servicios o si el proveedor está dentro de la red.
- Anexar la explicación de beneficios si estos servicios están cubiertos por otra póliza de seguro médico.
- Las reclamaciones deben enviarse dentro de los 18 meses después de la fecha en que se recibieron los servicios, o se denegarán.
- Si su dirección ha cambiado recientemente, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente llamando al número de que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro para asegurarse de que nuestros registros están correctos.
- Conserve una copia de este formulario y de sus recibos.
- Recuerde firmar y colocar la fecha al final de la sección 5.

Nota: Si no se adjuntan los recibos de los proveedores al formulario, el mismo se devolverá al afiliado.



SECCIÓN 4: Información internacional

Complete la información a continuación si el proveedor se encuentra o los servicios se proporcionaron fuera de los Estados Unidos.

País: _____ Moneda utilizada: _____

SECCIÓN 5: 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
PO Box 35, Durham, NC 27702
FAX: 1-866-990-1385

NOTA: Si la póliza de su otro seguro médico o de Medicare es la principal, debe adjuntar una copia de la explicación de beneficios de esa compañía de seguros. Sin esta información no se podrá tramitar su solicitud.

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: _____