

1

State Health Plan PPO Blue Care Blue Options Blue Choice
 Classic Blue Blue Advantage Other: _____

2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO _____

3

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

SUSCRIPTOR _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR _____

PACIENTE _____

FECHA DEL SERVICIO _____

MM/DD/AAAA

PROVEEDOR _____

NÚMERO DE REFERENCIA (SI ESTÁ DISPONIBLE) _____

FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL FORMULARIO _____

MM/DD/AAAA

Usted tiene el derecho de apelar.

Para iniciar este proceso, debe completar este formulario en su totalidad, firmado y con fecha, y presentarlo para su revisión en un plazo de 180 días a partir de la notificación de la fecha de la denegación. Adjunte copias de toda la documentación que pueda tener en relación con esta apelación e incluya cualquier información adicional que pueda apoyar su apelación.

Este formulario y toda la información relacionada debe enviarse a:

Member Rights and Appeals
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
PO Box 30055
Durham, NC 27702-3055

Fax: 919-765-4409

Fax (Para State Health Plan PPO): 919-765-2322

De acuerdo con las políticas de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC), toda la información en este formulario o adjunta está sujeta a revisión por cualquier miembro del personal de Blue Cross NC según corresponda.

4

MOTIVO PARA LA APELACIÓN

Si necesita espacio adicional, use el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales.

5

FIRMA: _____

FECHA: _____

MM/DD/AAAA

6

IMPRIMIR