

Requisitos del formulario de reclamación del afiliado

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

Visite shpnc.org/employee-benefits/important-forms 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 a 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.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina y North Carolina State Health Plan no están afiliados.

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: Comienza con 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 titular de la otra póliza:** _____

Nombre del empleador del titular de la otra póliza: _____

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:** Parte A Parte B Parte C (marque todo lo que corresponda)

SECCIÓN 4: Información internacional

Complete la información a continuación si el proveedor se encuentra o los servicios se realizaron 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 30087, Durham, NC 27702

FAX: 1-866-990-1385

EMAIL: MemberClaimsSubmission@bcbsnc.com

Si obtuvo un medicamento con receta o suministro de insulina y su proveedor no ha presentado una reclamación, complete un formulario de reclamación para recetas médicas y envíelo a:

CVS Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, Arizona 85072-2136

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:** _____

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina y North Carolina State Health Plan no están afiliados.

©, SM son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. SM son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Todas las demás marcas y nombres son propiedad de sus respectivos dueños. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BE236SHP_sp, 11/23