

Dental Blue

Dental Blue  
Preferred

Dental Blue for Individuals

Dental Blue  
Select

## A. Información del paciente o afiliado

Nombre	Número de teléfono	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	

## B. Información del suscriptor y proveedor

Suscriptor primario	Número de inscripción del suscriptor
Proveedor	Fecha del servicio
Número de teléfono del proveedor	Correo electrónico del proveedor
Número de referencia (si está disponible)	Fecha de envío del formulario

## C. Usted tiene el derecho de apelar

Para comenzar este proceso, debe completar este formulario en su totalidad, firmarlo, fecharlo y enviarlo para revisión en los siguientes 180 días de la notificación de la fecha de la denegación. Adjunte copias de toda la documentación que usted pueda tener con relación a esta apelación e incluya cualquier información adicional que pueda apoyar su apelación.

Debe enviar este formulario e información a:

Member Rights and Appeals  
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina  
PO Box 2100  
Winston Salem, NC 27102-2100  
Fax: 336-714-0224

De acuerdo con las políticas de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina, toda la información incluida aquí o anexa está sujeta a revisión por cualquier miembro del personal de Blue Cross NC, si corresponde.

**Motivo para la apelación (si necesita espacio adicional, use el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

