



## Instrucciones para ayudarle a rellenar el formulario de apelación de los afiliados

**Plazo para solicitar una apelación:** Este formulario debe completarse y recibirse en Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) dentro de los 180 días de la fecha de la notificación de la determinación adversa de beneficios. Tenga en cuenta que, para los afiliados que forman parte de un plan colectivo del empleador ERISA, los plazos han sido ampliados por la ley federal durante la emergencia nacional COVID-19.

**Cómo rellenar este formulario:** Complete todo lo que pueda del formulario.

- Información del afiliado: Esta información puede encontrarse en su tarjeta del seguro de Blue Cross NC.
- Información del paciente: Indique los datos de la persona a la que va dirigida la solicitud. Si es la misma que la información del afiliado, deje esta sección en blanco.
- Información sobre el servicio o reclamación: Proporcione información sobre el servicio, la reclamación o el artículo por el que está apelando. Esta información puede encontrarse en la correspondencia de Blue Cross NC.
- Motivo de la apelación: Explique por qué solicita una apelación. Utilice papel adicional si es necesario.
- Escriba en letra de imprenta el nombre y el apellido: Escriba el nombre de la persona que aparece en la sección de información del paciente si es mayor de 18 años. Si es menor de 18 años, escriba el nombre del padre o tutor.
- Firma: Firma de la persona que figura en la sección de información del paciente si es mayor de 18 años. Si es menor de 18 años se requiere la firma del padre o tutor.

**Cómo enviar este formulario:** Escriba sus datos directamente y, a continuación, imprima el formulario completo. O bien, imprima un formulario en blanco para rellenarlo a mano. Envíe por correo o por fax el formulario completo junto con los documentos adicionales a:

**Member Rights and Appeals**  
**Blue Cross and Blue Shield of North Carolina**  
**P.O. Box 30055**  
**Durham, NC 27702-3055**

**Fax: 919-765-4409**  
**Fax (State Health Plan PPO): 919-765-2322**

**Seleccionar un representante autorizado:** Usted tiene derecho a elegir un representante autorizado que le ayude con su apelación. Para nombrar a un representante autorizado, rellene el formulario de autorización de representación para la apelación de los afiliados.

**Lo que sucede a continuación:** Le enviaremos una carta para informarle de que hemos recibido su solicitud de apelación. Revisaremos su apelación, incluyendo toda la documentación adicional que haya proporcionado.

**Preguntas:** Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta del seguro del afiliado de Blue Cross NC.



**Este formulario sirve para presentar una apelación del afiliado de nivel 1 o 2.  
NO debe utilizarse para el Programa Federal de Empleados (FEP).**

Para iniciar este proceso, este formulario debe completarse en su totalidad, firmarse, con fecha y presentarse para su revisión dentro de los 180 días siguientes a la notificación de la fecha de la determinación adversa de beneficios. Tenga en cuenta que, para los afiliados que forman parte de un plan colectivo del empleador ERISA, los plazos han sido ampliados por la ley federal durante la emergencia nacional COVID-19. Adjunte copias de toda la documentación que pueda tener en relación con esta apelación e incluya cualquier información adicional que pueda respaldar su apelación. Este formulario y la información pueden enviarse por fax o por correo a:

**Member Rights and Appeals  
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina  
P.O. Box 30055  
Durham, NC 27702-3055**

**Fax: 919-765-4409  
Fax (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 contenida en este documento o adjunta está sujeta a revisión por parte de cualquier miembro del personal de Blue Cross NC según corresponda.

Información del afiliado				
Primer nombre		Apellido		Fecha de hoy
Número de identificación	Fecha de Nacimiento	Número de teléfono primario	Número de teléfono alternativo	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Información del paciente (si es igual a la información anterior, deje este espacio en blanco)		
Primer nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento

Información sobre el servicio o reclamación	
Número(s) de reclamación(es)	Números de referencia o autorización (si corresponde)
Nombre del proveedor	Fecha(s) del servicio

