



NC DEPARTMENT of INSURANCE

MIKE CAUSEY, COMMISSIONER

Departamento de Seguros de Carolina del Norte

Teléfono: 855-408-1212

Fax: 1-866-848-9856

Número de expediente: _____ (uso exclusivo de la oficina)

Una versión en línea de este formulario está disponible en: www.ncdoi.gov/consumers

Solicitud de asistencia

(Por favor, no engrapar)

Información personal

(Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Título: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Dr.

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido:

☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal (U.S. mail)

Relación con el asegurado:

☐ Titular

☐ Cónyuge

☐ Proveedor médico

☐ Abogado

☐ Beneficiario

☐ Otro conductor

☐ Pasajero

☐ Otro: _____

Información del seguro

Nombre del asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Número de póliza o grupo: _____

Compañía de seguros: _____

Número de reclamación o certificado: _____

Agente: _____ Ajustador: _____

Fecha del incidente o pérdida: ____ / ____ / ____

Tipo de seguro:

☐ Vida ☐ Salud ☐ Auto ☐ Vivienda ☐ Otro: _____

Si es una póliza de vida o salud, ¿en qué estado se adquirió la póliza o certificado?

¿Está representado por un abogado en este asunto?

☐ Sí ☐ No

(Si respondió que sí, necesitamos el consentimiento por escrito de su abogado para poder asistirle.)

¿Está cubierto por el Plan de Salud del Estado de Carolina del Norte?

☐ Sí ☐ No

¿Está cubierto por un plan autofinanciado por su empleador?

☐ Sí ☐ No

¿Solicita asistencia para presentar una apelación médica por servicios médicos denegados?

☐ Sí ☐ No

¿Esta queja es sobre un administrador de beneficios de farmacia (PBM)?

☐ Sí ☐ No

Motivo:

☐ Auditoría ☐ Red ☐ Reclamaciones ☐ Otro: _____

Nombre del PBM: _____

PBM BIN: _____

Número de grupo PBM: _____

PBM PCN: _____

Detalles de la queja

(Adjunte copias de los documentos relacionados con este asunto)

El Departamento de Seguros de Carolina del Norte está autorizado a enviar una copia de este documento y cualquier anexo a cualquier empresa o agencia involucrada. Autorizo la divulgación de toda la información relevante al Departamento para su uso en la revisión de este asunto. Entiendo que las quejas de los consumidores se convierten en registros públicos de acuerdo con las leyes aplicables.

Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor o médico(s) que recomiendan los servicios

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Apelaciones médicas: autorización para divulgar información médica

La persona que suscribe ha solicitado asistencia al Departamento de Seguros de Carolina del Norte para una apelación médica. Para facilitar esta asistencia, el suscribiente autoriza al Departamento a obtener de la compañía de seguros de salud o del plan de salud involucrado, y de sus subcontratistas, toda la información relacionada con el asunto en cuestión, incluyendo, entre otros, los expedientes y registros médicos del individuo.

El pago de cualquier tarifa requerida para obtener estos registros será responsabilidad exclusiva del solicitante. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación será efectiva una vez recibida, pero no afectará las acciones ya realizadas con base en esta autorización. Conforme a la ley N.C.G.S. § 58-2-105, todos los registros médicos de pacientes en posesión del Departamento serán confidenciales.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Servicios proporcionados por el Departamento de Seguros de Carolina del Norte

- Educación sobre su póliza de seguros
 - Gestión de su queja, incluyendo la revisión de las circunstancias y la exigencia de acciones correctivas si la posición de la compañía de seguros no cumple con los requisitos aplicables
 - Asistencia a consumidores cubiertos por el Plan de Salud del Estado o por planes autofinanciados por empleadores; sin embargo, el Departamento no regula estas entidades
 - Recomendaciones sobre otras opciones cuando el Departamento no tiene autoridad regulatoria para resolver el asunto
 - El Departamento no realiza determinaciones legales, no actúa como representación legal, no determina negligencia o culpa, ni establece el valor de una reclamación o daños
- **Solo para quejas de proveedores:** no incluya información que identifique a pacientes en este formulario. Dicha información solo puede aparecer en los documentos adjuntos.

Departamento de Seguros de Carolina del Norte

División de Servicios al Consumidor
1201 Mail Service Center
Raleigh, Carolina del Norte 27699-1201

Mike Causey, Comisionado

(Revisado en abril de 2022)