

**SEGURO COMPLEMENTARIO GRUPAL DE BENEFICIOS LIMITADOS  
FORMULARIO DE RECLAMO DEL MIEMBRO**

Incluya su número de certificado en su reclamo. Si necesitara ayuda para ubicar su número de certificado, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al llamar al 877-909-6269.

Para evitar retrasos en el procesamiento, complete las secciones y páginas que se aplican a su reclamo. Puede enviar por fax su formulario de reclamo completado al 512-275-9350 o enviar su formulario por correo postal a:

Bay Bridge Administrators, LLC.  
P.O. Box 161690  
Austin, TX 78716

---

*Este formulario es aplicable a: **beneficios para los pacientes hospitalizados y ambulatorios**, si solicitase cualquier **beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios**, use el “Formulario de reclamo del miembro de medicamentos recetados para los pacientes ambulatorios complementario de beneficios limitados”.*

**LEA LAS INSTRUCCIONES SIGUIENTES Y COMPLETE ESTE FORMULARIO DETENIDAMENTE.**

- 1. LLENE COMPLETAMENTE LAS PARTES 1 Y 2** (la parte 3 es opcional).
- 2. FIRME Y FECHE LA PARTE 4.**
- 3. RECUERDE PROPORCIONAR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y UNA COPIA DE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EXPLANATION OF BENEFITS, EOB) DE SU PLAN MÉDICO PRINCIPAL.**
- 4. ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO UB-04 DE SU HOSPITAL O CMS-1500 DE SU PROVEEDOR.** Estos formularios son los formularios de facturación estándar utilizados por los centros y proveedores de atención médica. Su documentación debe proporcionar información completa sobre:
  - a. nombre y dirección del proveedor;
  - b. identificación fiscal del proveedor y número de identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI);
  - c. código de diagnóstico (ICD-10);
  - d. cargos/costo de cada tratamiento;
  - e. código de procedimiento (CPT);
  - f. código del lugar de servicio
- 5. Envíe este reclamo a la dirección proporcionada en este formulario.**

## ADVERTENCIA DE FRAUDE

Para su protección, las leyes de varios estados (incluidas las que se enumeran a continuación) requieren que le proporcionáramos las declaraciones siguientes.

**AVISO DE FRAUDE GENERAL:** cualquier persona que, a sabiendas, presentase un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio o que presentase, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones según las leyes estatales.

**Alabama:** cualquier persona que, a sabiendas, presentase un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio o que presentase, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de resarcimiento o el confinamiento en prisión o cualquier combinación de ello.

**Alaska:** una persona que, a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presentase un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa se le puede iniciar un proceso judicial en virtud de las leyes estatales.

**Arizona:** PARA SU PROTECCIÓN, LAS LEYES DE ARIZONA REQUIERE QUE APAREZCA LA DECLARACIÓN SIGUIENTE EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTASE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

**Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Maryland, Nuevo México, Rhode Island y Virginia Occidental:** cualquier persona que, a sabiendas, presentase un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio o que presentase, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y al confinamiento en prisión.

**California y Texas:** para su protección, las leyes de California y Texas requieren que apareciera lo siguiente en este formulario: cualquier persona que, a sabiendas, presentase un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y al confinamiento en una prisión estatal.

**Colorado:** es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir la prisión, multas, la denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcionase hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos del seguro serán denunciados a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**Delaware e Idaho:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presentase una declaración o un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Florida:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presentase una declaración de reclamo o una solicitud que contuviese información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

**Hawái:** para su protección, las leyes de Hawái requieren que se le informase que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o el encarcelamiento o ambos.

**Indiana:** una persona que, a sabiendas, y con intención de defraudar a una aseguradora presentase una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

**Kentucky:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presentase una solicitud de seguro que contiene información sustancialmente falsa u ocultase, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial para ello comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

**Maine, Tennessee, Virginia y Washington:** es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.

**Minnesota:** una persona que presentase un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**Nuevo Hampshire:** cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presentase una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros según lo dispuesto en RSA 638:20.

**Nueva Jersey:** cualquier persona que, a sabiendas, presentase una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o cualquier otra persona presentase una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información sustancialmente falsa u ocultase con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial para ello, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y también estará sujeta a una sanción civil que no excediese los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción.

**Ohio:** cualquier persona que, con la intención de defraudar o saber que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presentase una solicitud o presentase un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable del fraude de seguros.

**Oklahoma:** ADVERTENCIA: cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, hiciera cualquier reclamo por los ingresos de una póliza de seguro que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Oregón:** cualquier persona que hiciera una declaración errónea intencional que fuese sustancial para el riesgo se la puede declarar culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.

**Pensilvania:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presentase una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información sustancialmente falsa u ocultase con el propósito de engañar información que contiene cualquier hecho sustancial para ello comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a esa persona a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico:** cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar incluyese información falsa en una solicitud de seguro o presentase, ayudase o incitase a la presentación de reclamos fraudulentos para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio o presentase más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si se la declarase culpable será castigada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (USD 5,000), que no excediese los diez mil dólares (USD 10,000) o encarcelada por un período fijo de tres (3) años o ambos. Si existiesen circunstancias agravantes, la pena de cárcel fija puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años y si concurriesen circunstancias atenuantes, la pena de cárcel puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Vermont:** cualquier persona que, a sabiendas, presentase una declaración falsa de reclamo de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones en virtud de las leyes estatales.

**PARTE 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO NOMBRADO (REQUERIDA PARA TODOS LOS RECLAMOS)**

Nombre completo (tal como aparece en su tarjeta del Seguro social)		Número de póliza/certificado	
Nombre del empleador/grupo		Número de teléfono del empleador/grupo	
Este reclamo se presenta para: <input type="checkbox"/> mi persona <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> dependiente			
Fecha de nacimiento		Número del Seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado      Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

**PARTE 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SI EL RECLAMO FUESE PARA EL CÓNYUGE O HIJO DEPENDIENTE)**

Nombre completo (tal como aparece en la tarjeta del Seguro social)	
Fecha de nacimiento	Número del Seguro social
Relación	Número de teléfono

**PARTE 3. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

¿Le gustaría que este reclamo se pagara a su Proveedor?  Sí  No

*En caso afirmativo, proporcione:*

Nombre del Proveedor	Número de teléfono del Proveedor
Dirección del Proveedor	
N.º de identificador nacional (National Provider Identifier, NPI) del Proveedor	Identificación fiscal del Proveedor

**PASO 4: FIRMA DEL MIEMBRO**

**Cualquier persona que, a sabiendas, presentase un reclamo falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio o que presentase a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y al confinamiento en prisión.**

Al firmar, reconoce que la información anterior es verdadera a su leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD  
A BAY BRIDGE ADMINISTRATORS, LLC**

**ESTA AUTORIZACIÓN CUMPLE CON LA REGLA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM), centro médico u otro proveedor de atención médica que hubiese proporcionado pagos, tratamientos o servicios en nombre del Asegurado nombrado a continuación dentro de los últimos 10 años (los "Proveedores") a divulgar todo el registro médico y cualquier otra información de salud protegida relacionada con el Asegurado nombrado a continuación a Bay Bridge Administrators, LLC y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el uso de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

Mediante mi firma a continuación, reconozco que cualquier acuerdo hecho para restringir dicha información médica protegida no se aplica a esta Autorización y le indico a cualquier médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de atención médica que revelase y divulgase dicho registro médico completo sin restricción.

Esta información médica protegida debe divulgarse bajo esta Autorización para que Bay Bridge Administrators, LLC pueda:

1) administrar reclamos y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y provisión de beneficios; 2) administrar la cobertura y 3) realizar otras actividades legalmente permitidas que se relacionasen con cualquier cobertura que el Asegurado nombrado a continuación tuviese con Bay Bridge Administrators, LLC.

Esta Autorización permanecerá en vigor durante 24 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación y una copia de esta Autorización es tan válida como el original. Excepto que entiendo que: (A) si el Asegurado residiese en, o en el caso de un reclamo por muerte, hubiese sido residente en el momento de la muerte en, Arizona, Georgia, Illinois, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Carolina del Norte, Ohio o Virginia, esta Autorización no seguirá siendo válida más allá de: (1) el plazo de cobertura de la póliza si el reclamo fuese para un beneficio de seguro de salud o (2) la duración del reclamo si la solicitud no fuese para un beneficio del seguro de salud y, (B) en cuanto a la información relacionada solo con el VIH, si el Asegurado residiese/hubiese residido en Arizona, esta Autorización seguirá siendo válida por 180 días y (C) si el Asegurado residiese en, o en el caso de un reclamo por muerte, hubiese sido residente en el momento de la muerte en Wisconsin, esta Autorización seguirá siendo válida por el plazo de la póliza o la pendencia de un reclamo de beneficios en virtud de la póliza, el período que fuese más largo. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, al enviar una solicitud por escrito de revocación a Bay Bridge Administrators, LLC at P.O. Box 161690, Austin, TX 78716, Attention: Claims Department. Entiendo que una revocación no es vigente en la medida en que cualquiera de los Proveedores se hubiese basado en esta Autorización o en la medida en que Bay Bridge Administrators, LLC tuviese el derecho legal de impugnar un reclamo en virtud de una póliza de seguro o de impugnar la póliza en sí. Entiendo que cualquier información que se divulgase de conformidad con esta Autorización puede volver a divulgarse y ya no estar cubierta por las normas federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información de salud.

Entiendo que, si me negase a firmar esta Autorización para divulgar el registro médico completo del Asegurado nombrado a continuación, es posible que Bay Bridge Administrators, LLC no pudiese realizar ningún pago de beneficios. Entiendo que el Asegurado o representante autorizado del Asegurado puede solicitar una copia de esta Autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado o Dependiente cubierto si fuese mayor de 18 años  
(en letra de imprenta)

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Dependiente si fuese mayor de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal