

**MEDICAMENTO RECETADO SUPLEMENTARIO DE BENEFICIO LIMITADO PARA PACIENTES AMBULATORIOS
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA MIEMBRO**

Incluya el número de certificado en su reclamación. Si necesita ayuda para localizar el número de certificado, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-909-6269.

Para evitar demoras en el procesamiento, complete las secciones y las páginas que corresponden a su reclamación. Puede enviar su formulario de reclamación completo por fax al 512-275-9350 o por correo postal a la siguiente dirección:

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

LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES Y COMPLETE ESTE FORMULARIO.

Se requiere una factura de la receta o un documento impreso de la farmacia encargada de la dispensación por cada receta por la que se envía una reclamación.

Los medicamentos por los que solicita el pago deben estar claramente identificados en la factura o la historia clínica y deben incluir la siguiente información: fecha de dispensación, Código Nacional del Medicamento (National Drug Code, NDC) de once dígitos, nombre del medicamento, concentración, dosis, cantidad, suministro por día, monto pagado, nombre de la persona que emite la receta, número de Información Nacional de Proveedor (National Provider Information, NPI) de la persona que emite la receta, así como el costo total de la receta.

- **Envíe las facturas PEGADAS a un papel aparte con este formulario.**
- **Paso 1: Información del miembro.**
- **Paso 2: Autorización para la divulgación de información relacionada con la salud.**
- **Paso 3: Completar solo si falta información en su factura, O BIEN, el farmacéutico o el médico pueden completar el paso 3 SI no tiene una factura.**
- **Paso 4: Firma del miembro.**
- **Paso 5: Enviar la reclamación a la dirección indicada en la parte superior del formulario.**

PASO 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

(Debe completarla el miembro)

N.º de identificación del titular de la tarjeta

Número del grupo

Nombre del titular de la tarjeta

(Primer nombre)

(Segundo nombre)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

**PARTE 2: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
RELACIONADA CON LA SALUD PARA BAY BRIDGE**

**ESTA AUTORIZACIÓN CUMPLE CON LA NORMA DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT,
HIPAA)**

Autorizo a que 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 haya proporcionado pagos, tratamientos o servicios en nombre del Asegurado mencionado a continuación en los últimos 10 años (“Proveedores”) divulgue la historia clínica completa y cualquier otra información médica protegida relacionada con el Asegurado mencionado a continuación a Bay Bridge Administrators. LLC y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermedades de transmisión sexual, así como de enfermedades mentales, y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

Mediante mi firma a continuación, reconozco que cualquier acuerdo realizado para restringir dicha información médica protegida no se aplica a esta Autorización e insto a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de atención médica a divulgar dicha historia clínica completa sin restricción.

Esta información médica protegida debe divulgarse en virtud de esta Autorización para que Bay Bridge Administrators. LLC pueda hacer lo siguiente:

1) administrar las reclamaciones y determinar o asumir la responsabilidad de la cobertura y la prestación de beneficios; 2) administrar la cobertura; y 3) llevar a cabo otras actividades legalmente permitidas relacionadas con cualquier cobertura que el Asegurado nombrado a continuación tenga 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 tiene la misma validez que el original. Excepto en las siguientes situaciones: (A) si el Asegurado reside en Arizona, Georgia, Illinois, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Carolina del Norte, Ohio o Virginia, o en caso de una reclamación por fallecimiento, el Asegurado era residente de alguno de estos estados al momento del fallecimiento, esta Autorización ya no será válida durante más de: (1) el plazo de cobertura de la póliza si la reclamación es por un beneficio de seguro médico; o (2) la duración de la reclamación si la reclamación no es por un beneficio de seguro médico; y (B) solo en cuanto a información relacionada con el VIH, si el Asegurado reside/residía en Arizona, esta Autorización seguirá siendo válida durante 180 días; y (C) si el Asegurado reside en Wisconsin, o en caso de una reclamación por fallecimiento, el Asegurado era residente de este estado al momento del fallecimiento, esta Autorización seguirá siendo válida durante el plazo de la póliza o la tramitación de una reclamación de beneficios en virtud de la póliza, lo que tenga mayor duración. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, al enviar una solicitud de revocación por escrito a Bay Bridge Administrators. LLC a P.O. Box 161690, Austin, TX 78716, Attention: Claims Department. Entiendo que una revocación no tiene validez en la medida en que cualquiera de los Proveedores se haya basado en esta Autorización o en la medida en que Bay Bridge Administrators. LLC tenga derecho legal a impugnar una reclamación en virtud de una póliza de seguro o a impugnar la póliza en sí. Entiendo que cualquier información que se divulgue de conformidad con esta Autorización puede volver a divulgarse, y que ya no estará cubierta por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad de la información médica.

Entiendo que si me niego a firmar esta Autorización para divulgar la historia clínica completa del Asegurado mencionado a continuación, es posible que Bay Bridge Administrators. LLC no pueda realizar ningún pago de beneficios. Entiendo que el Asegurado o el representante autorizado del Asegurado pueden solicitar una copia de esta Autorización.

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

X

Firma del Asegurado o Dependiente si es mayor de 18 años

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

PASO 3: INGRESO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS
(Complete solo si falta información en la factura o si no tiene una factura).

Nombre y concentración del medicamento	NDC (Código Nacional de Medicamentos)	Cantidad dispensada	Costo del ingrediente	Suministro por día	Tarifa de administración de la vacuna o tarifa de dispensación	Costo total

Nombre de la farmacia _____

Número de NPI de la farmacia _____

Nombre del médico _____

Número de NPI del médico _____

Si no tiene una factura, un farmacéutico o médico debe completar y firmar esta sección.

Firma del farmacéutico o médico: _____

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Para su protección, las leyes de varios estados (incluidas las que se indican a continuación) requieren que le proporcionemos la siguiente información.

AVISO DE FRAUDE GENERAL: cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones en virtud de la ley estatal.

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o a una combinación de estas sanciones.

Alaska: Una persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada en virtud de la ley estatal.

Arizona: PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Maryland, New Mexico, Rhode Island y West Virginia: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

California y Texas: Para su protección, la ley de California y Texas requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de póliza o reclamante con respecto a una liquidación o adjudicación pagadera de los ingresos del seguro se notificará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Idaho y Delaware: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración o reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito en tercer grado.

Hawaii: Para su protección, la ley de Hawaii requiere que se le informe que presentar una reclamación fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio es un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambas.

Indiana: Una persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contiene información sustancialmente falsa, o bien, oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante comete un acto fraudulento de seguros que se considera 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 fin de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Minnesota: Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o ayuda a cometer un fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el fin de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros según lo dispuesto en los ESTATUTOS REVISADOS ANOTADOS (REVISED STATUTES ANNOTATED, RSA) 638:20.

New Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contiene información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

New York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contiene información sustancialmente falsa, o bien, oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante, comete un acto fraudulento de seguros que se considera un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que facilita un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, realice una reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

Oregon: Cualquier persona que realice una declaración errónea intencional que sea sustancial para el riesgo puede ser declarada culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.

Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contiene información sustancialmente falsa, o bien, oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante comete un acto fraudulento de seguros que se considera un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o incite a presentar una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o bien, presente más de una

reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito y, si es declarada culpable, recibirá una sanción por cada infracción con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5000), no superará los diez mil dólares (\$10 000); o recibirá una pena de prisión de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de prisión puede aumentar a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias atenuantes, el período de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Vermont: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración falsa de reclamación de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones en virtud de la ley estatal.

PASO 4: FIRMA DEL MIEMBRO

Los pagos de reclamación están sujetos al cumplimiento de los deducibles de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y los deducibles de póliza aplicables. Los beneficios totales pagaderos durante un año del plan no pueden exceder el beneficio máximo de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por año del plan por persona cubierta o por familia, según corresponda.

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

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

Firma _____ Fecha: _____