

Información sobre reclamaciones relacionadas con servicios médicos, de bienestar y de la vista

Procedimiento para presentar reclamaciones relacionadas con servicios médicos, de bienestar y de la vista

Global Benefits Group (GBG) debe recibir las reclamaciones en un lapso de 180 días a partir del tratamiento para que sean elegibles para el reembolso de los gastos cubiertos. Los formularios de reclamación deben enviarse únicamente cuando el proveedor de servicios médicos no facture directamente a GBG, y cuando se tienen gastos de desembolso personal que requieren reembolso.

Presentación de las reclamaciones

La mejor manera de presentar la reclamación es enviarla por Internet a **www.gbg.com**. Inicie sesión en el Portal para afiliados, seleccione "Formulario de reclamación médica" y siga las instrucciones para completar el formulario de reclamación en línea. Después de presentar la reclamación, recibirá un número de referencia de la reclamación y se le enviará un recibo de la misma a su correo electrónico.

Si no le es posible enviar su reclamación electrónicamente, puede enviar el formulario de reclamación completado por correo electrónico, por fax o por correo convencional ("Formulario de reclamación para servicios médicos, del bienestar y de la vista", de la página 2 a la 4) junto con copias de la documentación de respaldo.

Envío de la reclamación por:

- **Correo electrónico:** eclaims@gbg.com
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correo:** Global Benefits Group
27422 Portola Parkway, Suite 110
Foothill Ranch, CA 92610 USA

Opciones de reembolso de las reclamaciones:

- **Depósito electrónico directo** para los afiliados, cuando el banco destinatario está ubicado en Estados Unidos.
- **Transferencia electrónica** para los afiliados y proveedores en el extranjero cuando el banco destinatario está ubicado fuera de Estados Unidos.
- **Cheque** enviado al afiliado o proveedor donde el pago electrónico no sea posible.

Estado de las reclamaciones

Los afiliados pueden revisar el estado de las reclamaciones por Internet iniciando sesión en nuestro sitio web en www.gbg.com. Las preguntas sobre una reclamación en particular o sobre el reembolso de una reclamación se pueden dirigir por correo electrónico a Servicio al cliente a **customerservice@gbg.com**. Las consultas relacionadas con el estado de reclamaciones pasadas deben recibirse en los 12 meses siguientes a la fecha de servicio para que sean consideradas para revisión.

Apelación de las reclamaciones

Si usted no está de acuerdo con el resultado de una reclamación procesada, puede presentar una apelación en línea a través de www.gbg.com. Alternativamente, puede enviar un Formulario de apelación diligenciado (disponible en www.gbg.com) junto con todos los documentos de respaldo a:

- **Correo electrónico:** customerservice@gbg.com
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correo:** Global Benefits Group
ATTN: Appeals Department
27422 Portola Parkway, Suite 110
Foothill Ranch, CA 92610 USA

Formulario de reclamación relacionado con servicios médicos, de bienestar y de la vista

Este formulario de reclamación solo se debe utilizar si su proveedor no presentó las reclamaciones directamente a Global Benefits Group (GBG) en su nombre. Devuelva este formulario junto con las **facturas pormenorizadas, los diagnósticos y los recibos**. GBG debe recibir las reclamaciones en un lapso de 180 días a partir del primer día del tratamiento.

Envíe el formulario de reclamación diligenciado y los documentos de respaldo a Global Benefits Group:

- **Envío de reclamaciones por Internet:** www.gbg.com
- **Enviar a:** eclaims@gbg.com / **Consultas:** customerservice@gbg.com
- **Correo:** 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **Fax:** +1.949.271.2330

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):	
N.º de póliza:	N.º de identificación de GBG:
Fecha de Nacimiento: (DD/MMM/AAAA, p. ej., 23/NOV/1988)	Empleador (si corresponde):
Dirección:	
Código postal:	País:
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	
B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge dependiente <input type="checkbox"/> Hijo dependiente
Fecha de nacimiento (DD/MMM/AAAA):	
Dirección:	
Código postal:	País:
C. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	
Fecha en la que se produjo la enfermedad/lesión (DD/MMM/YYYY):	
¿La reclamación es para tratamiento de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha del parto: _____	
Describa el problema, síntoma o queja:	
Diagnóstico del médico/resultados de su visita:	
¿Ha tenido un diagnóstico/tratamiento anteriormente por una afección igual o una afección relacionada? De ser así, indique fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos recetados, nombre del médico/centro médico:	

Tratamiento resultante de: a. ¿Ocupación del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Algún tipo de accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor indique la fecha y los detalles del accidente:			
¿También está cubierto este paciente por: a. Otro plan grupal de salud o dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Medicare/otra entidad gubernamental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Seguro contra todo riesgo para vehículos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor indique: Nombre de la aseguradora: _____ Número de póliza de la otra fuente: _____ Dirección de la aseguradora: _____			
INFORMACIÓN DEL MÉDICO/CENTRO MÉDICO			
Nombre del médico/centro médico/proveedor:			
Dirección:			
Código postal:		País:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
RECIBOS (Para recibir pago, adjunte los recibos y haga una lista de los tratamientos y medicamentos recetados junto con los cobros para cada uno a continuación)			
Fecha del servicio (DD/MMM/AAAA)	Descripción de cada servicio/medicamento recetado	Costo	Moneda
Cantidad total pagada por el paciente:			
Saldo total no pagado que aún se debe al proveedor:			

D. MÉTODO DE REEMBOLSO	
Reembolsar a: <input type="checkbox"/> Asegurado principal <input type="checkbox"/> Proveedor (pago con cheque)	
MÉTODO DE REEMBOLSO: Solicite el método de reembolso preferido a continuación.	
<input type="checkbox"/> Cheque a la dirección del asegurado principal según se indica en la sección INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL.	
<input type="checkbox"/> Cheque a otra dirección postal:	
<input type="checkbox"/> Envío mediante depósito electrónico directo (bancos en EE. UU. únicamente) o transferencia electrónica (bancos fuera de EE. UU.)	
Nombre del banco:	
Nombre de la cuenta:	
N.º de cuenta/IBAN:	
N.º de ruta/N.º de ABA (para depósito electrónico directo):	
Código SWIFT (para transferencia electrónica):	
Dirección del banco (para transferencia electrónica):	
E. AUTORIZACIÓN	
<p>Toda persona que a sabiendas presente una reclamación con representación errónea o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de delito sancionable según la ley y estar sujeto a sanciones civiles.</p> <p>Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Por medio de la presente, autorizo a cualquier médico, institución médica, farmacia, compañía de seguros, empleador, sindicato obrero o asociación para que divulgue información a Global Benefits Group según se requiera con el fin de pagar adecuadamente todos los beneficios, si hay alguno que se me debe a mí personalmente, a mi cónyuge o a cualquier otro dependiente. Una fotocopia de esta autorización se considerará vigente y válida al igual que el original.</p>	
Persona asegurada	
Nombre:	Fecha:
Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, lo estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita.	

Aviso de justo proceso

El grupo GBG incluye compañías de seguros, compañías administrativas y de corretaje, y compañías de asistencia y de operaciones. Respetamos su privacidad y todos nos comprometemos a proteger su información personal.

Nuestra política de privacidad le informa sobre sus derechos de privacidad y de qué manera las leyes le protegen. Esto incluye información sobre cómo recopilamos y procesamos su información personal. Nuestra política de privacidad está publicada en nuestro sitio web <https://www.gbg.com/#/AboutGBG/PrivacyPolicy>. Le recomendamos que lea la política para que entienda sus derechos y la manera como el grupo GBG usa sus datos personales.