

Beschwerdeformular

Beschwerdeverfahren

Für die Zwecke dieses Abschnitts bezieht sich jede Adressierung mit "Sie", "Ihr" oder die versicherte Person auch auf einen von Ihnen benannten Vertreter oder Anbieter, der in Ihrem Namen handelt, sofern nicht anders angegeben.

Das Unternehmen verfügt über ein zweistufiges Berufungs-/Beschwerdeverfahren für Deckungsentscheidungen. Um eine Beschwerde einzulegen, müssen Sie innerhalb von 180 Tagen nach Erhalt einer Verweigerungsmitteilung einen Antrag auf Berufung/Beschwerde schriftlich einreichen. Sie sollten den Grund angeben, warum Sie der Ansicht sind, dass Ihre Berufung oder Beschwerde genehmigt werden sollte, sowie alle Informationen einbeziehen, die Ihre Berufung/Beschwerde stützen. Sie können es an die oben genannte Adresse senden oder auf die Website gehen, auf der Sie ein Beschwerdeformular ausfüllen und an uns senden können.

Beschwerde ersten Grades

Wenn der Grund Ihrer Beschwerde administrativer Natur ist, die Beschwerde sich um eine Anspruchsberechtigung, Rückabwicklung der Deckung oder um eine Verweigerung oder Minderung der Leistung handelt, oder wenn eine Feststellung des Gesundheitszustands für den Vor-Service oder die aktuelle Pflegeabdeckung abgelehnt wurde; Sie oder Ihr bestellter Vertreter haben das Recht, innerhalb von 180 Tagen Berufung oder Beschwerde einzureichen.

Ihre Berufung/Beschwerde wird überprüft und ein neutraler Sachbearbeiter wird die Entscheidung über Ihr Anliegen treffen. Beschwerden, die medizinische Notwendigkeit, klinische Angemessenheit oder experimentelle und klinische Studien betreffen, werden von medizinischem Fachpersonal behandelt.

Für Beschwerden ersten Grades werden wir schriftlich oder elektronisch mit einer Entscheidung innerhalb von fünfzehn Kalendertagen nach Eingang der Beschwerde antworten, wenn es sich bei der Beschwerde um einen angeforderten Vor-Service oder die gleichzeitige Ermittlung der Pflegeabdeckung handelt. Wir werden innerhalb von dreißig Kalendertagen antworten, wenn es sich bei der Beschwerde um eine Deckung für die Nachbehandlung handelt. Wenn mehr Zeit oder Informationen benötigt werden, um die Entscheidung zu treffen, werden wir Sie schriftlich oder elektronisch auffordern, eine Verlängerung von bis zu fünfzehn Kalendertagen zu beantragen und zusätzliche Informationen anzugeben, die für die Fertigstellung der Überprüfung erforderlich sind.

Sie können verlangen, dass das Einspruchsverfahren beschleunigt wird, wenn (a) der Zeitrahmen in diesem Prozess Ihr Leben, Ihre Gesundheit, Ihre Fähigkeit zur Wiederherstellung der maximalen Funktion ernsthaft gefährden würde oder nach Meinung Ihres Arztes zu starken Schmerzen führt, die ohne die angeforderten Dienstleistungen nicht behandelt werden können; (2) oder Ihre Beschwerde beinhaltet die Nicht-Genehmigung einer Krankenhausaufnahme oder der Fortsetzung eines stationären Aufenthaltes. Unser Sachbearbeiter für medizinische Anliegen entscheidet in Absprache mit dem behandelnden Arzt, ob eine beschleunigte Überprüfung erforderlich ist. Wenn eine Beschwerde beschleunigt wird, werden wir innerhalb von zweiundsiebzig Stunden antworten, gefolgt von einer schriftlichen oder elektronischen Benachrichtigung innerhalb von (5) fünf Tagen.

Beschwerde zweiten Grades

Wenn Sie mit unserer Entscheidung bezüglich der Beschwerde ersten Grades unzufrieden sind, können Sie eine zweite Überprüfung beantragen. Um eine Beschwerde zweiten Grades einzulegen, folgen Sie dem gleichen Prozess, der bei einer Beschwerde ersten Grades erforderlich ist.

Die meisten Anträge auf eine zweite Überprüfung werden vom Berufungsausschuss, der aus mindestens drei Personen besteht, durchgeführt. An den vorherigen Entscheidungen beteiligte Personen dürfen nicht im Ausschuss anwesend sein. Für Beschwerden, die medizinische Notwendigkeit, klinische Angemessenheit oder experimentelle oder klinische Untersuchungen betreffen, konsultiert das Komitee mindestens einen Arzt, der dieselbe oder eine ähnliche Spezialisierung wie die betrachtete Behandlung hat, die von unserem Sachbearbeiter für medizinische Anliegen festgestellt wird.

Für Beschwerden zweiten Grades werden wir schriftlich oder elektronisch bestätigen, dass wir Ihre Anfrage erhalten haben und eine Überprüfung durch den Ausschuss einberufen haben. Wenn es sich bei der Beschwerde um die erforderliche Feststellung der Deckung des Vor-Service oder der aktuellen Pflegeausgaben handelt, wird die Überprüfung des Ausschusses innerhalb von 15 Kalendertagen abgeschlossen sein. Wenn es sich bei der Beschwerde um Forderungen bezüglich der Nachbehandlung handelt, wird die Überprüfung des Ausschusses innerhalb von 30 Kalendertagen abgeschlossen sein. Wenn mehr Zeit oder Informationen benötigt werden, um die Entscheidung zu treffen, werden wir Sie schriftlich benachrichtigen, um eine Verlängerung von bis zu 15 Kalendertagen zu beantragen und um jede zusätzliche Zeit in Erfahrung zu bringen, die der Ausschuss benötigt, um die Überprüfung abzuschließen. Sie werden innerhalb

von fünf Arbeitstagen nach der Tagung des Ausschusses und innerhalb der Zeitfenster des Ausschusses schriftlich über die Entscheidung informiert.

Sie können verlangen, dass das Berufungsverfahren zweiten Grades beschleunigt wird, wenn (a) die Zeitrahmen in diesem Prozess Ihr Leben, Ihre Gesundheit, Ihre Fähigkeit zur Wiederherstellung der maximalen Funktion ernsthaft gefährden würden oder nach Ansicht Ihres Arztes ohne die angeforderten Dienstleistungen zu schweren Schmerzen führen würden; (b) oder Ihre Beschwerde betrifft die Nichtgenehmigung einer Krankenhausaufnahme oder der Fortsetzung eines stationären Aufenthalts. Unser Sachbearbeiter für medizinische Anliegen wird in Absprache mit dem behandelnden Arzt entscheiden, ob eine beschleunigte Überprüfung erforderlich ist. Wenn eine Beschwerde beschleunigt wird, antworten wir innerhalb von 72 Stunden, gefolgt von einer schriftlichen oder elektronischen Benachrichtigung innerhalb von (5) fünf Kalendertagen.

Unabhängiges Überprüfungsverfahren

Wenn Sie mit der Entscheidung über die Ihnen endgültig zugewiesene Leistung, die bei der Überprüfung Ihrer Beschwerde zweiten Grades hinsichtlich einer medizinischen Notwendigkeit, klinischen Angemessenheit oder experimenteller oder investigativer Natur gefällt wurde, nicht zufrieden sind, können Sie beantragen, dass Ihre Berufung an eine unabhängige Prüforganisation weitergeleitet wird.

Die unabhängige Prüforganisation setzt sich aus Personen zusammen, die nicht bei uns, unserer Verwaltung oder einem unserer Partner angestellt sind. Eine Entscheidung, diese externe Beschwerde einzulegen, hat keine Auswirkungen auf die Ansprüche des Klägers auf andere Leistungen im Rahmen des Vertrags.

Es ist kostenlos für Sie, diesen unabhängigen Überprüfungsprozess einzuleiten. Das Unternehmen wird sich an die Entscheidung der unabhängigen Prüforganisation halten.

Um eine Überweisung an eine unabhängige Prüforganisation zu beantragen, gelten bestimmte Bedingungen. Der Grund für die Ablehnung muss auf einer Feststellung einer medizinischen Notwendigkeit oder klinischen Angemessenheit beruhen oder es muss von unserem Sachbearbeiter für medizinische Anliegen als experimentell oder investigativ eingestuft werden. Kürzungen oder Ausschlüsse von Verwaltungs-, Anspruchs- oder Leistungsdeckungen können im Rahmen dieses Verfahrens nicht geltend gemacht werden.

Um eine Überprüfung anzufordern, müssen Sie den Berufungskoordinator innerhalb von 180 Tagen nach Erhalt der abschließenden negativen Leistungsermittlung des Unternehmens benachrichtigen. Das Unternehmen leitet die Datei dann an die unabhängige Prüforganisation weiter.

Die unabhängige Prüforganisation wird innerhalb von 30 Tagen eine Stellungnahme abgeben. Wenn allerdings verlangt wird, und wenn eine Verzögerung für Ihren Zustand schädlich sein sollte, wie von Ihrem Arzt und dem externen Prüfarzt festgestellt, muss die Überprüfung innerhalb von 72 Stunden nach Erhalt der erforderlichen Informationen abgeschlossen sein.

Die GBG muss innerhalb von 180 Tagen nach Eingang Ihrer bearbeiteten Reklamation, eines Ablehnungsschreibens oder einer Verweigerung der Vorautorisierung ein Beschwerdeformular erhalten. Im Falle einer Berufung zahlt das Mitglied alle Gebühren, die mit der Anforderung von Krankenakten verbunden sind. Der Beschwerdeausschuss überprüft Ihre Informationen und gibt eine schriftliche Antwort innerhalb von 30 Kalendertagen nach Erhalt. Notfallprüfungen werden im Ermessen des Beschwerdeausschusses beschleunigt. Wenn eine Entscheidung getroffen wird, die ursprüngliche Entscheidung zu ändern und zusätzliche Zahlungen zu leisten, werden Sie möglicherweise über die Ausgleichszahlung durch eine Erklärung der Leistung (Explanation of Benefits, EOB) informiert werden. Wenn eine Entscheidung getroffen wird, um unsere ursprüngliche Entscheidung zu bestätigen, werden Sie schriftlich benachrichtigt.

Kopien der folgenden Belege sind erforderlich:

- Ursprüngliche Schadenforderung
- Erklärung der Leistung (Explanation of Benefits, EOB)
- Alle Briefe/E-Mails zu dieser Schadenforderung für Leistungen
- Jeder/jedes zusätzliche unterstützende medizinische Beleg oder Bericht
- Jedes andere Dokument, das Sie in diese Überprüfung einbeziehen möchten

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular für Schadenforderung und die Belege an die Global Benefits Gruppe:

- **E-Mail:** customerservice@gbg.com
- **Anschrift:** 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **Fax:** +1.949.271.2330

A. INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN		
Nachname:	Vorname:	Zweitname-Initiale:
Schadenforderung-Nummer(n):		
Datum der Dienstleistungserbringung:		
Police-Nummer:	GBG-Identifikationsnummer:	
Geburtsdatum: (DD/MMM/JJJJ, z. B., 23/NOV/1988)		
Adresse:		
PLZ:	Land:	
Telefon:	Fax:	
E-Mail-Adresse:		
B. BERUFUNGSEINLEGER (falls abweichend von Abschnitt A.)		
Beziehung zu Patient:	Vertraglicher Anbieter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
HINWEIS: Wenn Sie nicht Mitglied, Antragsteller oder Dienstleister sind, fügen Sie bitte Unterlagen bei, aus denen hervorgeht, dass Sie im Namen des Patienten eine rechtliche Genehmigung/ Berechtigung eine Beschwerde einzulegen haben, wie unter anderem eine unterzeichnete und datierte Vollmacht, Vollmachtsurkunde, etc.		
Büro/Name der Einrichtung:		
Adresse:		
PLZ:	Land:	
Telefon:	Fax:	
E-Mail-Adresse:		
C. BESCHWERDE		
Ist dies eine Beschwerde über eine Dienstleistung, die NICHT erbracht wurde, weil sie eine AUTORISIERUNG ERFORDERT? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Beschwerde am besten beschreibt:		
<input type="checkbox"/> Ablehnung der Bündelung	<input type="checkbox"/> Experimentelle/investigative Prozedur	<input type="checkbox"/> Vertragssprache
<input type="checkbox"/> Maximaler rückzahlbarer Betrag	<input type="checkbox"/> Verweigerung der stationären Behandlung (Pflegestufe, Dauer des Aufenthalts)	<input type="checkbox"/> Ausschluss oder Einschränkung der Leistung
<input type="checkbox"/> Rechtzeitige Schadenforderung (ohne Nachweis)	<input type="checkbox"/> Leistungsverwaltung (d. h. Selbstbeteiligung, Selbstbehalt usw.)	
<input type="checkbox"/> Medizinische Notwendigkeit		
<input type="checkbox"/> Gebührenverzeichnis der Anbieter		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Bitte geben Sie eine Zusammenfassung Ihrer Anfrage an und fügen Sie alle Details hinzu, die Sie überprüfen lassen möchten. Bitte geben Sie den genauen Grund für den Antrag auf Überprüfung an. Wenn mehr Platz benötigt wird, fügen Sie separate Seiten hinzu, die signiert und datiert sein müssen.

D. AUTORISIERUNG

Jede Person, die wissentlich eine Klageerklärung einreicht, die falsche Angaben oder falsche, unvollständige oder irreführende Informationen enthält, kann sich einer strafbaren Handlung schuldig machen, die strafrechtlich verfolgt wird, und kann zivilrechtlichen Strafen unterliegen.

Name:

Unterschrift:

Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.

Datum:

Hinweis zur fairen Verarbeitung

Die GBG-Gruppe umfasst Versicherungsunternehmen, Makler- und Managementgesellschaften sowie Assistance- und Betriebsgesellschaften. Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verpflichten uns, Ihre persönlichen Daten zu schützen. Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verpflichten uns, Ihre persönlichen Daten zu schützen.

Unsere Datenschutzrichtlinie informiert Sie über Ihre Datenschutzrechte und wie das Gesetz Sie schützt. Diese Richtlinie beinhaltet Informationen darüber, wie wir Ihre persönlichen Daten erfassen und in der Folge verarbeiten. Unsere Datenschutzrichtlinie informiert Sie über Ihre Datenschutzrechte und wie das Gesetz Sie schützt. Diese Richtlinie beinhaltet Informationen darüber, wie wir Ihre persönlichen Daten erfassen und in der Folge verarbeiten. Unsere Datenschutzrichtlinie finden Sie auf unserer Website unter [https://www.gbg.com/#/ AboutGBG/PrivacyPolicy](https://www.gbg.com/#/AboutGBG/PrivacyPolicy). Wir empfehlen Ihnen, die Richtlinie zu lesen, damit Sie Ihre Rechte und die Verwendung Ihrer persönlichen Daten durch die GBG-Gruppe verstehen.