

Formulário de Recurso



Procedimento de Recurso

Para os fins desta seção, qualquer referência a “você”, “seu” ou “Pessoa Segurada” também se refere a um representante ou provedor designado por você para agir em seu nome, a menos que indicado de outra forma.

A empresa tem um procedimento de recurso/queixa de duas etapas para decisões de cobertura. Para dar entrada em um recurso, você deve enviar um recurso/queixa por escrito dentro de 180 dias após o recebimento de um aviso de rejeição. Você deve indicar o motivo pelo qual você acha que o seu recurso ou queixa deve ser aprovado e incluir qualquer informação em apoio ao seu recurso/queixa. Você pode enviar o recurso para o endereço de e-mail abaixo ou acessar o nosso site para preencher e enviar um formulário de recurso.

Recurso Nível Um

Se você não estiver satisfeito com um procedimento administrativo, elegibilidade, rescisão de cobertura, rejeição ou redução de um benefício, ou se uma decisão de assistência médica de pré-serviço ou sua assistência atual tenha sido negada; você ou o seu representante tem o direito de entrar com um recurso no prazo de 180 dias.

Seu recurso será analisado e a decisão será tomada por um funcionário da equipe não envolvido na decisão inicial. Recursos de Necessidade Médica, adequação clínica, ou tratamentos experimentais e investigativos serão analisados por um profissional de saúde.

Para Recursos Nível Um, enviamos por escrito ou por e-mail uma decisão dentro de 15 dias corridos após o recebimento do recurso para determinação (decisão) de cobertura de atendimento pré-serviço ou concomitante exigida. Respondemos no prazo de vinte dias corridos após o recebimento do recurso para determinação de cobertura do pós serviço. Se for necessário mais tempo e mais informações para que a decisão seja tomada, enviamos notificação pelo correio ou por e-mail solicitando uma prorrogação de até 15 dias corridos, com qualquer informação adicional sobre o tempo necessário para concluir a análise.

Você pode solicitar que o processo do recurso seja acelerado quando, os prazos do processo possam prejudicar seriamente a sua vida, saúde, capacidade de recuperação da sua função máxima ou, se na opinião do seu Médico, possa causar dor intensa que não possa ser controlada sem os serviços solicitados; ou se o seu recurso envolver a não autorização de uma admissão para internação ou internação contínua. O agente de revisão médica, juntamente com o médico responsável decidirão sobre a necessidade de uma decisão rápida. Em caso de recurso acelerado, a resposta é enviada dentro de 72 horas, seguido de uma resposta por escrito ou por e-mail no prazo de 5 (cinco) dias.

Recurso Nível Dois

Se você não estiver satisfeito com a nossa decisão do Recurso Nível Um, pode dar entrada em um Recurso Nível Dois. Siga o mesmo processo do Recurso Nível Um. Os Recursos Nível Dois devem ser enviados no prazo de 25 dias corridos após o recebimento de uma decisão de Recurso Nível Um.

A maioria dos pedidos de segunda revisão é executada pelo Comitê de Recursos, com pelo menos três pessoas. Para recursos envolvendo Necessidade Médica, adequação clínica, ou experimental ou investigativa, o Comitê consulta pelo menos um médico revisor da mesma especialidade ou similar à assistência em questão, conforme determinado pelo nosso agente de avaliação médica.

Nos Recursos Nível Dois, nós acusamos o recebimento do recurso por escrito ou por e-mail, e agendamos uma Revisão do Comitê. Para decisões sobre cobertura de assistência e Autorização Prévia simultâneos, a Revisão do Comitê é concluída no prazo de 15 dias corridos. Para solicitações de pós serviço, a Revisão do Comitê é concluída dentro de 20 dias corridos.

Você pode solicitar que o processo do Recurso Nível Dois seja acelerado quando, os prazos do processo possam prejudicar seriamente a sua vida, saúde, capacidade de recuperação da sua função máxima ou, se na opinião do seu Médico, possa causar dor intensa que não possa ser controlada sem os serviços solicitados; ou se o seu recurso envolver a não autorização de uma admissão para internação ou internação contínua. O agente de revisão médica, juntamente com o Médico responsável decidirão sobre a necessidade de uma decisão rápida. Quando um recurso é acelerado, a resposta é enviada dentro de 72 horas, seguida de uma resposta por escrito ou por e-mail no prazo de (5) cinco dias corridos.

Cópias dos seguintes documentos são exigidas para todos os recursos:

- Solicitação original;
- Explicação dos Benefícios (EOB);
- Toda e qualquer carta/e-mails referentes ao seu pedido de benefícios;
- Qualquer documentação ou relatórios médicos de suporte adicionais;
- Quaisquer outros documentos que você deseja incluir na revisão

Envie todos os documentos para Global Benefits Group:

- Email: customerservice@gbg.com
- Fax: +1.949.271.2330

A. INFORMAÇÃO DO SEGURADO

Sobrenome		Nome		Inicial do meio	
Números das Solicitações			Data do Serviço (dd/mm/aaaa)		
Data de nascimento (dd/mm/aaaa)			Apólice #		
Endereço				País	
Código Postal		Telefone		Fax	
				Email	

B. RECURSO CORRESPONDENTE (Se diferente da Seção A)

Relacionamento com o Segurado _____ Provedor Contratado? Sim Não

NOTA: Se você não for o segurado, solicitante ou Prestador de Serviço, anexe documentação que comprove que você tem autorização/direitos legais para entrar com recursos em nome do Segurado, tais como, mas não limitado a, uma carta de autorização assinada e datada, uma procuração legal, etc.

Nome do Consultório/Local		Endereço			
Código Postal		País		Telefone	
				Email	

C. RECURSO

Este é um recurso de um serviço que NÃO foi prestado que requer autorização? Sim Não

Marque a opção que melhor descreve seu recurso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negação de Agrupamento | <input type="checkbox"/> Procedimento Experimental/Investigativa |
| <input type="checkbox"/> Valor Máximo Reembolsável | <input type="checkbox"/> Negação de Local da Internação (Nível de Atendimento, Duração da Internação) |
| <input type="checkbox"/> Solicitação Enviada no Prazo (sem Provas) | <input type="checkbox"/> Administração de Benefícios (ou seja, copagamento, franquia, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Necessidade Médica | <input type="checkbox"/> Termos do Contrato |
| <input type="checkbox"/> Tabela de Taxas do Provedor | <input type="checkbox"/> Exclusão ou Limitações do Benefício |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

Faça um resumo da sua solicitação e inclua todos os detalhes que você deseja que sejam analisados. Indique o motivo específico para a solicitação de revisão. Se for necessário mais espaço, anexe página(s) separada (s) que deve (m) ser assinada (s) e datada (s).

D. AUTORIZAÇÃO

Qualquer pessoa que protocole uma solicitação contendo informações erradas ou falsas, incompletas ou enganadoras, pode ser considerada culpada de ato criminoso de acordo com a lei e estar sujeita a penalidades.

Nome

Assinatura

Data (mm/dd/aaaa)

Ao digitar meu nome neste formulário, assino eletronicamente, e esta assinatura eletrônica é legalmente equivalente à minha assinatura manual por escrito.

Aviso de Processamento Justo

O GBG Group consiste em empresas de seguro, agências e empresas de gestão, bem como empresas de assistência e operações. Respeitamos a sua privacidade e estamos comprometidos com a proteção da sua informação pessoal.

A nossa política de privacidade estabelece os seus direitos à privacidade e como a lei o protege. Isto inclui informação sobre como coletamos e processamos sua informação pessoal. Nossa política de privacidade pode ser encontrada no nosso website <https://www.gbg.com/#/AboutGBG/PrivacyPolicy> . Aconselhamos que você leia a política para entender os seus direitos e seus dados pessoais usados pelo GBG Group