

Formulario de Apelación



Procedimiento de apelación

Para fines de esta sección, toda referencia a “usted”, “su” o “persona asegurada” también se refiere a un representante o proveedor designado por usted para que actúe en su nombre, salvo que se indique lo contrario.

La compañía tiene un procedimiento de apelaciones/quejas formales de dos pasos para tomar las decisiones sobre cobertura. Para iniciar una apelación, usted debe presentar una apelación/queja formal por escrito en el lapso de 180 días luego de haber recibido una notificación de denegación. Deberá plantear la razón por la que cree que su apelación o queja formal debe ser aprobada y deberá incluir cualquier información que respalde su apelación o queja. Puede enviarla a la dirección de correo electrónico indicada arriba o entrar al sitio web donde puede llenar un formulario de apelación y enviarnoslo.

Apelación de nivel uno

Si no está satisfecho con una decisión administrativa, de elegibilidad, de rescisión de cobertura, de denegación o de reducción de beneficios, o si se ha denegado una determinación de atención médica para la cobertura de atención previa o actual, usted o su representante designado tienen derecho a presentar una apelación o una queja formal en un lapso de 180 días.

Su apelación/queja formal será revisada y la decisión será tomada por alguien que no haya estado involucrado en la decisión inicial. Las apelaciones relacionadas con necesidad médica, idoneidad clínica o tratamientos de carácter experimental o investigativo serán consideradas por un profesional médico.

Para las apelaciones de nivel uno, responderemos por escrito o vía electrónica en el lapso de quince días calendario después de recibir una apelación para una determinación de cobertura de atención previa o concurrente requerida (decisión). Responderemos en el lapso de veinticinco días calendario después de recibir una apelación para una determinación de cobertura posterior al servicio. Si se requiere más tiempo o información para tomar la determinación, le notificaremos por escrito o vía electrónica para solicitar una prórroga de hasta quince días calendario y para especificar si se necesita información adicional para completar la revisión.

Puede solicitar que el proceso de apelación se agilice si: (a) los lapsos de tiempo según este proceso pueden comprometer gravemente su vida, su salud, su capacidad de recuperar la máxima función corporal o, en la opinión de su médico, le causarían dolor agudo que no puede controlarse sin los servicios solicitados, O (b) si su apelación implica una autorización denegada de ingreso hospitalario o continuación de una hospitalización. Nuestro agente de revisión médica en consulta con el médico tratante decidirán si es necesario agilizar la revisión. Cuando se agiliza una apelación, responderemos dentro de un lapso de setenta y dos horas, con seguimiento por escrito o vía electrónica en un lapso de cinco (5) días.

Apelación de nivel dos

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel uno, puede solicitar una apelación de nivel dos. Para hacerlo, siga el mismo proceso requerido para la apelación de nivel uno. Las apelaciones de nivel dos deben enviarse en los veinticinco días calendario siguientes a la decisión de la apelación de nivel uno.

La mayoría de las solicitudes de segunda revisión son llevadas a cabo por el Comité de apelaciones, integrado por al menos tres personas. Para aquellas apelaciones concernientes con necesidad médica, idoneidad clínica o tratamientos de carácter experimental o investigativo, el Comité consultará con al menos un evaluador médico de la misma especialidad o especialidad afín de la que trate la atención médica objeto de consideración, según lo determine nuestro agente de revisión médica.

Para las apelaciones de nivel dos acusaremos recibo por escrito o por vía electrónica de su solicitud y programaremos una revisión del Comité. Para las determinaciones de cobertura de atención previa o concurrente, la revisión del Comité se completará en un lapso de quince días calendario. Para las reclamaciones posteriores al servicio, la revisión del Comité se completará en un lapso de veinticinco días calendario.

Puede solicitar que el proceso de apelación de nivel dos se agilice si: (a) los lapsos de tiempo según este proceso pueden comprometer gravemente su vida, su salud, su capacidad de recuperar la máxima función corporal o, en la opinión de su médico, le causarían dolor agudo que no puede controlarse sin los servicios solicitados, O (b) si su apelación implica una autorización denegada de ingreso hospitalario o continuación de una hospitalización. Nuestro agente de revisión médica en consulta con el médico tratante decidirán si es necesario agilizar la revisión. Cuando se agiliza una apelación, responderemos dentro de un lapso de 72 horas, con seguimiento por escrito o vía electrónica en un lapso de cinco (5) días calendario.

Se requieren copias de los siguientes documentos de respaldo para todas las apelaciones:

- Reclamación original;
- Explicación de Beneficios (EOB, Explanation of Benefits);
- Todas las cartas y correos electrónicos relacionados con su reclamación de beneficios;
- Cualquier documentación o informe médico de respaldo adicional; y
- Cualquier documento que desee incluir en la revisión.

Envíe todos los documentos a Global Benefits Group:

- Correo electrónico: customerservice@gbg.com
- Fax: +1.949.271.2330

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2º Nombre _____

Números de las reclamaciones: _____ Fechas de los servicios: (dd/mm/aaaa) _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Número de Póliza _____

Dirección _____ País _____

Código Postal _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

B. CORRESPONSAL DE LA APELACIÓN (Si es diferente a la sección A)

Relación con el asegurado _____ ¿Proveedor contratado? Sí No

NOTA: Si usted no es el asegurado, el solicitante o el proveedor de servicios, adjunte la documentación que demuestre que tiene autorización/derechos legales para apelar en nombre del asegurado, por ejemplo, una carta de autorización firmada y fechada, un documento de poder legal, etc.

Nombre del consultorio/centro: _____ Dirección _____

Código Postal _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

C. APELACIÓN

¿Es esta una apelación para un servicio que NO se ha proporcionado y que requiere autorización Sí No

Marque la selección que mejor describa su apelación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Denegación de agrupación | <input type="checkbox"/> Procedimiento experimental o investigativo |
| <input type="checkbox"/> Cantidad máxima reembolsable | <input type="checkbox"/> Denegación de ingreso en un centro hospitalario (nivel de atención, duración de la estancia) |
| <input type="checkbox"/> Presentación de reclamaciones a tiempo (sin pruebas) | <input type="checkbox"/> Administración de beneficios (es decir, copago, deducible, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Necesidad médica | <input type="checkbox"/> Idioma del contrato |
| <input type="checkbox"/> Tabla de honorarios de proveedores | <input type="checkbox"/> Limitación o exclusión de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Proporcione un resumen de su solicitud e incluya cualquier detalle que desee que se revise. Indique el motivo específico de la solicitud de revisión. Si necesita más espacio, adjunte una o más hojas que deberán estar firmadas y fechadas.

D. AUTORIZACIÓN

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.

Nombre

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

GBG Group 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 GBG Group usa sus datos personales.