



Informations demande de remboursement santé, bien-être et vision

Comment déposer votre demande de remboursement pour soins de santé, bien-être et vision ?

Global Benefits Group (GBG) doit recevoir vos demandes de remboursement dans 180 jours après le premier jour de traitement pour que les frais couverts puissent vous être remboursés. Les formulaires de demande doivent être utilisés seulement si votre fournisseur de soins médicaux n'a pas déposé de requêtes directement à Global Benefits Group (GBG) en votre nom, et lorsque vous avez des dépenses engagées à vous faire rembourser.

Déposer une réclamation

La meilleure façon de déposer votre réclamation est de le faire en ligne sur **www.gbg.com**. Ouvrez une session dans le Portail des membres, sélectionnez le « Formulaire de demande de remboursement santé » et suivez les instructions pour remplir le formulaire en ligne. Après avoir soumis votre demande, vous recevrez un numéro de référence de réclamation et un reçu électronique par e-mail.

Si vous ne pouvez pas soumettre votre demande par voie électronique, envoyez par e-mail, fax ou par la poste, votre formulaire (« Demande de remboursement santé, bien-être et vision », pages 2 à 4) dûment rempli, avec les copies des documents justificatifs.

Soumettre réclamation par :

- **E-mail :** eclaims@gbg.com
- **Fax :** +1.949.271.2330
- **Courrier :** Global Benefits Group
PO Box 211008, Eagan, MN 55121 USA

Options de remboursement des réclamations :

- **Virement Électronique Direct** pour les membres dont la banque réceptrice est située aux États-Unis.
- **Virement bancaire** pour les membres et les fournisseurs étrangers dont la banque réceptrice est située à l'extérieur des États-Unis.
- **Chèque** envoyé au membre ou au fournisseur pour lequel le paiement électronique n'est pas possible.

Statut des réclamations

Les membres peuvent vérifier en ligne le statut de leurs réclamations en se connectant à notre site web www.gbg.com. Pour toute question concernant une réclamation ou un remboursement spécifique, vous pouvez envoyer un e-mail à notre Service clientèle customerservice@gbg.com. Les demandes de renseignements concernant le statut de demandes antérieures doivent être reçues dans les 12 mois suivant la date du service pour qu'elles soient examinées.

Recours réclamation

Si vous n'êtes pas d'accord avec le résultat d'une réclamation traitée, vous pouvez soumettre un recours en ligne sur www.gbg.com. Vous pouvez également envoyer un formulaire de recours dûment rempli (disponible sur www.gbg.com) accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :

- **E-mail :** customerservice@gbg.com
- **Fax :** +1.949.271.2330
- **Courrier :** Global Benefits Group
ATTN : Appeals Department
PO Box 211008, Eagan, MN 55121 USA



Formulaire demande de remboursement santé, bien-être et vision

Ce formulaire de demande doit être utilisé seulement si votre fournisseur n'a pas déposé de requêtes directement à Global Benefits Group (GBG) en votre nom. Retournez ce formulaire avec **les factures détaillées, le diagnostic et les reçus**. GBG doit recevoir vos demandes de remboursement dans 180 jours après le premier jour de traitement.

Veillez envoyer le formulaire de demande dûment rempli avec les pièces justificatives à Global Benefits Group :

- **Déposition de réclamations en ligne** : www.gbg.com
- **Déposer** : eclaims@gbg.com / **Demandes** : customerservice@gbg.com
- **Courrier** : PO Box 211008, Eagan, MN 55121 USA
- **Fax** : +1.949.271.2330

A. INFORMATIONS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL	
Nom (Famille, Prénom) :	
N° de police :	N° GBD :
Date de naissance : (JJ/MMM/AAAA, p. ex. 23/NOV/1988)	Employeur (le cas échéant) :
Adresse :	
Code postal :	Pays :
Téléphone :	Fax :
E-mail :	
B. INFORMATIONS DU PATIENT	
Nom (Famille, Prénom) :	<input type="checkbox"/> Patient : <input type="checkbox"/> Conjoint (e) à charge <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Date de naissance (JJ/MMM/AAAA) :	
Adresse :	
Code postal :	Pays :
C. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION	
Date à laquelle la maladie / la blessure est survenue (JJ/MMM/AAAA) :	
Cette demande concerne-t-elle une maternité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date du terme : _____	
Décrivez le problème, les symptômes ou la plainte :	
Diagnostic du médecin / Résultats de votre visite :	
Un diagnostic ou un traitement pour le même problème de santé ou une affection connexe a-t'il déjà été établi précédemment ? Si oui, veuillez inscrire ci-dessous les dates, résultats, sorte de traitement et médicaments prescrits ainsi que le nom du médecin ou du centre de soins :	



D. INFORMATIONS DE PAIEMENT

Personne à rembourser : Assuré principal Prescripteur (Règlement par chèque)

TYPE DE PAIEMENT : Veuillez effectuer le paiement comme indiqué ci-dessous.

Chèque à l'adresse de l'assuré principal (Section A).

Chèque à une autre adresse postale :

Envoi par Virement Électronique Direct (la banque doit être située aux États-Unis) ou par virement bancaire (la banque ne doit pas être aux États-Unis)

Nom de la banque :

Titulaire du compte :

N° de compte / IBAN :

N° d'acheminement ABA (pour transfert électronique) :

Code SWIFT (pour virements bancaires) :

Adresse de la banque (pour virements bancaires) :

E. AUTORISATION

Toute personne déposant sciemment une demande de remboursement contenant une déformation ou toute information fausse, incomplète ou trompeuse, est coupable d'un acte criminel punissable conformément à la loi et peut être soumise à des poursuites judiciaires.

Les réponses précédentes sont à ma connaissance aussi vraies et précises que possible. Par la présente, j'autorise toute institution médicale ou gouvernementale, pharmacie, compagnie d'assurance, employeur, syndicat ou association à fournir à Global Benefits Group toute information nécessaire au paiement et/ou remboursement des soins reçus, s'ils me sont dus, à moi, à mon époux/se, ou à toute autre personne à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme valide, au même titre qu'un exemplaire l'original.

Assuré (e)

Nom :

Date :

Signature :

En tapant mon nom dans le champ « signature », je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.

Avis concernant le traitement équitable

Le Groupe GBG se compose de compagnies d'assurance, de sociétés de courtage et de gestion ainsi que de sociétés d'assistance et d'exploitation. Nous respectons votre vie privée et nous nous engageons tous à protéger vos informations à caractère personnel.

Notre politique de confidentialité vous en dit plus sur vos droits en matière de protection des données personnelles et sur la façon dont la loi vous protège. Elle précise la manière dont nous collectons puis traitons vos informations personnelles. Vous pouvez consulter notre politique de confidentialité sur notre site Internet à l'adresse suivante : <https://www.gbg.com/privacy-policy>. Nous vous invitons à prendre connaissance de ce document afin de mieux comprendre vos droits et la façon dont vos données personnelles sont utilisées par le Groupe GBG.