



## 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](http://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](mailto:eclaims@gbg.com)
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correo:** Global Benefits Group  
PO Box 211008, Eagan, MN 55121 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](http://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](mailto: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](http://www.gbg.com). Alternativamente, puede enviar un Formulario de apelación diligenciado (disponible en [www.gbg.com](http://www.gbg.com)) junto con todos los documentos de respaldo a:

- **Correo electrónico:** [customerservice@gbg.com](mailto:customerservice@gbg.com)
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correo:** Global Benefits Group  
ATTN: Appeals Department  
PO Box 211008, Eagan, MN 55121 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:** PO Box 211008, Eagan, MN 55121 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:	





<b>D. MÉTODO DE REEMBOLSO</b>	
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):	
<b>E. AUTORIZACIÓN</b>	
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.	
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.	
<b>Persona asegurada</b>	
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/privacy-policy>. Le recomendamos que lea la política para que entienda sus derechos y la manera como el grupo GBG usa sus datos personales.