

## **Informação de Solicitação de Reembolso de Saúde e Visão**

*Como preencher a solicitação de reembolso de saúde e visão*

O Global Benefits Group (GBG) deve receber a solicitação dentro de 180 dias do tratamento para qualificar para reembolso das despesas cobertas. O formulário de solicitação é para ser usado apenas quando um provedor não cobrar diretamente da GBG e para solicitar o reembolso de despesas não cobertas.

### **Protocolamento de Solicitação de Reembolso**

A melhor maneira de protocolar a solicitação é online no **www.gbg.com**. Faça o login no Portal do Membro, selecione "Formulário de Solicitação de Reembolso de Saúde", e siga as instruções para preencher o formulário online. Após enviar a solicitação, você receberá um número de referência da solicitação e um recibo eletrônico da solicitação será enviado para você por e-mail.

Se não puder enviar sua solicitação eletronicamente, envie por e-mail, fax ou correio o formulário ("Formulário de Solicitação de Reembolso de Saúde e Visão", Páginas 2 e 4) devidamente preenchido e as cópias da documentação de suporte.

### **Envie sua solicitação por:**

- **E-mail:** [eclaims@gbg.com](mailto:eclaims@gbg.com)
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correio:** Global Benefits Group  
27422 Portola Parkway, Suite 110  
Foothill Ranch, CA 92610 USA

### **Opções de Reembolso de Solicitações:**

- **Depósito Eletrônico Direto** para membros que usem bancos nos Estados Unidos.
- **Transferência Bancária** para membros e provedores no exterior onde o banco recebedor esteja localizado fora dos Estados Unidos.
- **Cheque** enviado para membros ou provedores que não tenham disponibilidade de pagamento eletrônico.

### **Status das Solicitações**

Os membros podem conferir o status das solicitações de reembolso online no website [www.gbg.com](http://www.gbg.com). Para questões sobre uma solicitação ou solicitação de reembolso em particular pode ser enviada por e-mail para o departamento de Atendimento ao Cliente em **customerservice@gbg.com**. Consultas sobre o status de solicitações passadas devem ser recebidas no prazo de 12 meses a partir da data do serviço a ser considerado para revisão.

### **Recurso da Solicitação**

Se você não concordar com o resultado de uma solicitação processada, pode enviar um recurso online para [www.gbg.com](http://www.gbg.com). Como alternativa você pode enviar um Formulário de Recurso (disponível em [www.gbg.com](http://www.gbg.com)) juntamente com todos os documentos relevantes para:

- **E-mail:** [customerservice@gbg.com](mailto:customerservice@gbg.com)
- **Fax:** +1.949.271.2330
- **Correio:** Global Benefits Group  
ATTN: Appeals Department  
27422 Portola Parkway, Suite 110  
Foothill Ranch, CA 92610 USA

## Formulário de Solicitação de Reembolso de Saúde e Visão

O formulário de solicitação deve ser usado somente quando um provedor não protocolar uma Solicitação diretamente no Global Benefits Group (GBG) em seu nome. Envie o formulário juntamente com a **faturas detalhadas, diagnósticos e recibos**. GBG deve receber sua solicitação dentro de 180 após o primeiro dia do tratamento.

### Envie o formulário preenchido e os documentos de comprovação para o Global Benefits Group:

- **Envio de solicitações online:** [www.gbg.com](http://www.gbg.com)
- **Envie para:** [eclaims@gbg.com](mailto:eclaims@gbg.com) / **Inquiries:** [customerservice@gbg.com](mailto:customerservice@gbg.com)
- **Correio:** 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **Fax:** +1.949.271.2330

A. INFORMAÇÃO DO SEGURADO PRINCIPAL	
Nome (Sobrenome, Nome, IM):	
Apólice Nº:	GBG ID Nº:
Data de nascimento: (DD/MMM/AAAA, i.e., 23/NOV/1988)	Empregador (se aplicável):
Endereço:	
Código Postal:	País:
Telefone:	Fax:
E-mail:	
B. INFORMAÇÃO DO PACIENTE	
Nome (Sobrenome, Nome, IM):	<input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> Cônjuge Dependente <input type="checkbox"/> Filho Dependente
Data de Nascimento (DD/MMM/AAAA):	
Endereço:	
Código Postal:	País:
C. INFORMAÇÃO PARA O REEMBOLSO	
Data da ocorrência da doença/lesão (DD/MMM/AAAA):	
O reembolso é para atendimento em Maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, Data do Parto: _____	
Descreva o problema, sintoma ou queixa:	
Diagnóstico/Resultado médico da sua visita:	
Algum diagnóstico/tratamento da mesma condição ou condição relacionada foi recebido anteriormente? Se sim, forneça datas, resultados, tipo de tratamento, medicamentos prescritos, nome do médico/local:	

Tratamento resultante de:

a. Ocupação do paciente?  Sim  Não    b. Acidente de carro?  Sim  Não    c. Qualquer tipo de acidente?  Sim  Não

Se sim em algumas das anteriores, dê as datas e detalhes do acidente:

O paciente também tem cobertura de:

a. Outro(s) plano(s) de Saúde/Dentário?  Sim  Não    b. Medicare/Outra Agência Governamental?  Sim  Não    c. Seguro No-fault de carro?  Sim  Não

Se sim em alguma acima, forneça:

Nome da Seguradora:

Número da apólice da outra fonte:

Endereço da Seguradora:

**INFORMAÇÃO DO MÉDICO/LOCAL**

Nome do Médico/Local/Provedor:

Endereço:

Código Postal:

País:

Telefone:

E-mail:

**RECIBOS** (Para receber o pagamento, anexe os recibos e uma lista dos tratamentos e/ou medicamentos recebidos e o valor de cada um abaixo)

Data do Serviço (DD/MMM/AAAA)	Descrição de cada Serviço/Medicamento prescrito	Custo	Moeda
<b>Total pago pelo Paciente:</b>			
<b>Total do saldo devedor ao Provedor:</b>			

#### D. MÉTODO DE REEMBOLSO

Favor reembolsar:  Segurado Principal  Provedor (Pagamento por cheque)

MÉTODO DE REEMBOLSO: Indique o método preferido para reembolso a seguir.

Cheque para o Endereço do Segurado Principal, listado na seção INFORMAÇÃO DO SEGURADO PRINCIPAL.

Cheque para outro Endereço:

Envio por Depósito Eletrônico Direto (somente bancos nos EUA) ou Transferência Bancária (bancos fora dos EUA)

Nome do Banco:

Nome da Conta:

Número da Conta/IBAN:

Número de Roteamento/ABA (para Depósito Eletrônico Direto):

Código SWIFT (para Transferência Bancária):

Endereço do Banco (para Transferência Bancária):

#### E. 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 à penalidades.

As respostas acima são verdadeiras e corretas, de acordo com o meu conhecimento. Eu autorizo qualquer médico, instituição médica, farmácia, empresa de seguro, empregador, sindicato ou associação a liberar informações para o Global Benefits Group caso seja necessário para o pagamento de todos os benefícios eventualmente devidos a mim, meu cônjuge ou quaisquer outros dependentes. Uma fotocópia desta autorização deve ser considerada válida como se fora a original.

##### Nome do Segurado

Nome:

Data:

Assinatura:

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 em <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.