

EXPLICANDO SUS BENEFICIOS (EOB)

Una Explicación de Beneficios (EOB, *Explanation of Benefits*) será enviado a usted después de recibir los servicios. Su EOB **verifica** que se ha recibido una reclamación, **documenta** cómo se procesa una reclamación, se **describe** el motivo (s) por las que una reclamación fue denegada, y **resume** la cantidad pagada por el plan, qué parte del paciente es responsable para el pago, en su caso, y la cantidad que el proveedor tendrá que o bien cancelar si se han prestado los servicios dentro de la red o intento de cobrar si se han prestado los servicios fuera de la red. in-network or attempt to collect if the services were provided out-of-network.

EOB MUESTRA

Vea el reverso de esta hoja para descripciones detalladas de cada uno de los campos numerados en círculos azules de abajo.

EJEMPLO

Explicación de Beneficios

RETÉNGALO PARA PROPÓSITOS DE INGRESOS
RETAIN FOR TAX PURPOSES
ESTO NO ES UNA FACTURA
THIS IS NOT A BILL

Customer Service
DELTA HEALTH SYSTEMS
ADMINISTRATION SERVICES
CUSTOMER SERVICE PHONE#
(800) 422-6099

Sent to: JUAN FERNANDEZ
Date: 3/13/2015
Group ID #: 000

Si no está de acuerdo con el pago de este reclamo, o si tiene información que podría cambiar nuestra decisión, por favor de ponerse en contacto con Delta Health Systems dentro de 60 días.

JUAN FERNANDEZ
100 MAIN STREET
LAFAYETTE CA 94549

1 - Customer Service

2 - Claim #

3 - Fecha de Servicio / Dates of Service

4 - Clase de Servicio / Type of Service

5 - Cantidad Facturada / Billed Amount

6 - Cantidad Aprobada / Allowed Amount

7 - Código de Razón / Reason Code

8 - Cantidad de Deducible / Deductible Amount

9 - Cantidad de Copago / Copay Amount

10 - % / %

11 - Pagado por el Plan / Plan Payment

12 - Responsabilidad del Paciente / Patient Responsibility

Relationship: Son
Provider: HOMETOWN CLINIC
Patient: CARLOS FERNANDEZ

Fecha de Servicio / Dates of Service	Clase de Servicio / Type of Service	Cantidad Facturada / Billed Amount	Cantidad Aprobada / Allowed Amount	Código de Razón / Reason Code	Cantidad de Deducible / Deductible Amount	Cantidad de Copago / Copay Amount	% / %	Pagado por el Plan / Plan Payment	Responsabilidad del Paciente / Patient Responsibility
11/12/2014	Well Care	\$135.00	\$70.52	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$70.52	\$0.00
11/12/2014	Immunization	\$160.00	\$96.00	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$96.00	\$0.00
11/12/2014	Immunization	\$35.00	\$21.00	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$21.00	\$0.00
11/12/2014	Immunization	\$36.00	\$21.60	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$21.60	\$0.00
11/12/2014	Immunization	\$35.00	\$21.00	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$21.00	\$0.00
11/12/2014	Immunization	\$200.00	\$120.00	1	\$0.00	\$0.00	100%	\$120.00	\$0.00
Total		\$601.00	\$120.00		\$0.00	\$0.00		\$350.12	\$0.00

13 - Patient's Responsibility: \$0.00

14 - Patient's Responsibility: \$0.00

15 - Paid Amount: \$350.12

16 - Explanation of Claims Handling

17 - Your Right to Appeal

Cantidad Total Facturada Esta es la cantidad total facturada para las fechas de servicio de 10/22/2014 hasta 11/12/2014.
\$855.00

Cantidad Total Pagada por el Plan Esta es la cantidad que el plan pagó en total para servicios rendidos desde el 10/22/2014 hasta 11/12/2014. Por favor véase la sección del "Resumen de Reclamos" de este documento para más información.
\$505.98

Su Responsabilidad Financiera Esta es la cantidad que el/los proveedor(es) de servicios **podrán** cobrarle después que los beneficios de su plan médico se pagaron. Típicamente un participante del plan puede ser cobrado por el proveedor del servicio porque pueden tener un deducible, copago, (% de) coseguro, o el servicio que no se cubre por el plan médico. Las cantidades demostradas aquí no reflejan ningún pago hecho a la hora del servicio. Un desglose de su responsabilidad financiera total se demuestra en el detalle de reclamos para cada miembro.
\$0.00

INFORMACIÓN DE SU EOB

A continuación se describen los campos que corresponden a la EOB muestra en el frente de esta tarjeta:

- 1. Servicio al Cliente:** Si tiene preguntas, por favor llámenos al número gratis alistado en la parte superior de su Explicación de Beneficios. Nuestros representantes informados están aquí para ayudarle.
- 2. Número de Reclamo:** Un número generado por cada reclamo de beneficios bajo un plan de salud. Al contactar a Delta Health Systems respecto a su EOB, asegúrese de tener este número para acceder a la información de reclamo fácilmente.
- 3. Fechas de Servicio:** Representa la fecha en el cual el paciente fue tratado.
- 4. Tipo de Servicio:** Esta sección es para determinar el servicio que se llevo a cabo (como análisis de laboratorio, visita a consultorio, etc.).
- 5. Cantidad Facturada:** Esta es la cantidad facturada antes de cualesquier ajustes, copagos, deducibles negociados o cualquier cantidad inelegible.
- 6. Cantidad Permitida:** La cantidad de los gastos cubiertos que se determina por el plan por medio de contratos de PPO o UCR.
- 7. Código de Razón:** Por favor véase la sección nombrada 'Explicación del Manejo de Reclamos' en este documento para determinar por qué un reclamo específico fue inelegible para pagos o si un código representa un ahorro o un ajuste negociado (Número 16 en la EOB muestra).
- 8. Cantidad del Deducible:** Esta cantidad refleja cualquier deducible requerido a la hora que se incurrieron los cargos. Si ve una cantidad en la columna de deducibles, el paciente será responsable de estas cantidades.
- 9. Cantidad del Copago:** Representa la cantidad que el paciente se hace responsable de pagar. Los copagos típicamente aplican a visitas de consultorios médicos, visitas de urgencias, o cargos de los centros hospitalarios y son cantidades monetarias fijas que usted paga al mismo tiempo que se reciben los servicios cubiertos.
- 10. % Pagado:** Este es el porcentaje que paga el plan (Número 6 en la EOB muestra) después del saldo de las deducciones de la cantidad facturada.
- 11. Plan de Pagos:** Esta cantidad representa el pago del plan después que cualesquier cargos, copagos, deducibles inelegibles, ajustes negociados y el coseguro del paciente se han determinado.
- 12. Responsabilidad del Paciente:** Esta sección contiene la cantidad de la cual el paciente es responsable.
- 13. Cantidad C.O.B. -Coordinación de Beneficios:** Cantidad pagada por "otro" plan médico, en caso de haberlo.
- 14. Responsabilidad del Paciente:** Esta sección contiene la cantidad total por la cual el paciente es responsable.
- 15. Cantidad Pagada:** Esta será la cantidad pagada al proveedor o participante.
- 16. Explicación del Manejo de Reclamos:** Esta sección incluye cualquier nota o información adicional con respecto a lo que se cubre o no se cubre.
- 17. Su Derecho de Apelar:** Éste es el proceso y la información que se requiere para solicitar una revisión formal para cualquier reclamo denegado.