

Cómo Interpretar Su Explicación de Beneficios



Cómo Interpretar Su Explicación de Beneficios

Su explicación de beneficios (EOB) muestra sus reclamaciones médicas y los pagos por cargos médicos hechos por su plan de beneficios de salud. Recibirá una EOB después de visitar a su médico o de hacerse un examen.

Esta guía le ayudará a entender su EOB y toda la información que contiene. Cada una de las definiciones numeradas a continuación corresponde a uno de los números que aparecen en la EOB de muestra que aparece en las páginas siguientes.

- | | | |
|---|--|--|
| 1 Número de grupo – número asignado a su empleador | 10 Pago de otro plan – pago hecho por otro plan de salud debido a coordinación de beneficios. | 17 Códigos de razón y explicaciones de los códigos – se usan para explicar por qué una porción de los cargos presentados no está cubierta por el plan. Un número o código de razón mostrado en la EOB corresponde a una explicación. (Vea la página 2 de la EOB de muestra). |
| 2 Fecha de emisión – fecha en que se emitió la EOB | 11 No elegible – monto de los cargos presentados no cubierto por el plan. | 18 Número de cuenta del paciente – número de cuenta asignado por el centro asistencial o por el proveedor |
| 3 Nombre del paciente – nombre de la persona que recibió el servicio | 12 Copago – cargo preestablecido que el proveedor puede cobrar al paciente al momento de recibir el servicio. | 19 Proveedor – nombre del centro asistencial o del proveedor |
| 4 Tipo de servicio – descripción de la visita (p. ej., visita al médico) | 13 Deducible – el monto del cargo cubierto que usted es responsable de pagar antes de que su plan de salud comience a compartir los costos | 20 Emisión – fecha en que fue emitida la reclamación y enviada para procesamiento |
| 5 Número de reclamación – identifica la reclamación en nuestro sistema | 14 Coaseguro – porcentaje de los gastos cubiertos que usted es responsable de pagar | 21 Responsabilidad del paciente – el monto total que usted es responsable de pagar |
| 6 Fecha del servicio – la fecha en que usted recibió el servicio | 15 Beneficio del plan – monto total que su plan pagará por el o los cargos presentados | 22 Familia – monto aplicado por servicios prestados al empleado y a familiares dependientes cubiertos. |
| 7 Cargos facturados – servicios que se han facturado a su plan de beneficios de salud | 16 Porcentaje pagado por el plan – porcentaje de los gastos cubiertos pagados por su plan, después del correspondiente deducible | 23 Año en curso – Pagos de beneficios hechos durante el presente año |
| 8 Monto del descuento – el monto que ha reducido el proveedor. | | |
| 9 Otros ajustes – montos negociados o no elegibles que no están bajo su responsabilidad | | |

Dependiendo de cómo se haya pagado la reclamación, estas columnas podrían aparecer de forma diferente. La reclamación será pagada según las tarifas correspondientes a proveedores dentro de la red, fuera de la red o PPO. Estas columnas incluirán los pagos aplicados para cubrir su deducible, los montos que usted deberá pagar de su bolsillo y el beneficio máximo por vida para servicios médicos.

Explicación de Beneficios de Muestra

Los ítems que aparecen en la explicación de beneficios (EOB) de muestra son solamente para referencia. Esta muestra contiene reclamaciones y beneficios para una familia de cinco personas. Las reclamaciones de cada miembro de la familia se muestran por separado.

EVHC
P.O. Box 2920
Clinton IA 52733-2920

Questions? Contact us:
Toll-Free:
Website: 1-800-311-3842
www.EVHC.com

Sally Sample

123 Main Street
Anywhere USA 12345

ABC Company

1 Group Number 54321
2 Print Date Month DD, YYYY

Consolidated Family Explanation of Benefits

This is not a Bill

Page 1 of 2

Sally Sample

Patient's Name Type of Service	Service Date(s)	Billed Charges	Discount Amount	Other Adjust- ments	Other Plan Payment	Patient Responsibility After Payment				Plan Benefit	Plan Paid At	Reason Codes
						Ineligible	Co-Pay	Deductible	Co-Ins			

3 Patient #1 Name													20 Issued: MM/DD/YYYY	
5 Claim #: E00015454399 Pat. Acct. #: 10188851 Provider: Mainstreet Medical Group Network: Sample Network														
DIAGNOSTIC PROF	6 MM/DD/YYYY	7 29.00	8 11.73	9 0.00	10 3.27	11 0.00	12 0.00	13 0.00	14 0.00	15 14.00	100%	901 509 676		
Totals:		29.00	11.73	0.00	3.27	0.00	0.00	0.00	0.00	14.00			16	17
21 Patient Responsibility											0.00			

Patient #2 Name													Issued: MM/DD/YYYY	
Claim #: EC03250111 Pat. Acct. #: 123 Provider: ABC Medical Center Network: Hospital Network														
ANCILLARY EXPENSE	MM/DD/YYYY	75.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	75.00	0.00	0.00	0%			
Totals:		75.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	75.00	0.00	0.00			Patient Responsibility	
											75.00			

Patient #3 Name													Issued: MM/DD/YYYY	
Claim #: D00013658105 Pat. Acct. #: 13435593 Provider: ABC Hospital Network: Sample Network														
ANCILLARY EXPENSE	MM/DD/YYYY	2,392.00	1,967.00	0.00	0.00	0.00	0.00	300.00	25.00	100.00	80%	901		
Totals:		2,392.00	1,967.00	0.00	0.00	0.00	0.00	300.00	25.00	100.00			Patient Responsibility	
											325.00			

Patient #4 Name													Issued: MM/DD/YYYY	
Claim #: E00014955868 Pat. Acct. #: 10006855 Provider: Mainstreet Medical Group Network: Sample Network														
PHYSICIAN VISIT	MM/DD/YYYY	95.00	3.92	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	81.08	100%	901 676		
MISC SUPPLY	MM/DD/YYYY	75.00	0.00	75.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%	816 676		
Totals:		170.00	3.92	75.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	81.08			Patient Responsibility	
											10.00			

Patient #5 Name													Issued: MM/DD/YYYY	
Claim #: EC03250115 Pat. Acct. #: 112233ABIR Provider: ABC Medical Center Network: Hospital Network														
ANCILLARY EXPENSE	MM/DD/YYYY	250.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	250.00	0.00	0.00	0%			
Totals:		250.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	250.00	0.00	0.00			Patient Responsibility	
											250.00			

Explicación de Beneficios de Muestra

Los ítems que aparecen en la explicación de beneficios (EOB) de muestra son solamente para referencia.

17 Reason Code Descriptions:

- 509 THIS BENEFIT PAYMENT HAS BEEN COORDINATED WITH THE BENEFITS PAYABLE UNDER OTHER MEDICAL OR DENTAL PLANS. PLEASE SEE THE COORDINATION OF BENEFITS LANGUAGE IN YOUR PLAN BOOKLET FOR AN EXPLANATION OF THIS PROCESS.
- 676 THE AMOUNT INDICATED AS "PLAN BENEFIT" WILL BE CREDITED TO YOUR ACCOUNT BY THE PROVIDER OF SERVICE.
- 816 CLAIMCHECK REVIEW HAS DETERMINED THAT THIS PROCEDURE WAS BILLED WITH ANOTHER PROCEDURE THAT, BY CLINICAL PRACTICE STANDARDS SHOULD NOT CO-EXIST DURING THE SAME SESSION.
- 901 THE DISCOUNT AMOUNT REPRESENTS THE DIFFERENCE BETWEEN THE PROVIDER'S NORMAL CHARGE AND A REDUCED AMOUNT DUE TO A PREFERRED PROVIDER ARRANGEMENT. THE PATIENT IS NOT RESPONSIBLE FOR THIS AMOUNT. REFER TO THE PREFERRED PROVIDER SECTION OF THE PLAN BOOKLET.

23 MEDICAL			Current Year
3 Patient 1	PPO Network Medical Deductible Met		\$150.00
	Out of Network Medical Deductible Met		\$150.00
3 Patient 2	Hospital Network Medical Lifetime Maximum Met		\$350.00
3 Patient 3	PPO Network Medical Deductible Met		\$200.00
	PPO Network Medical Stoploss/Out of Pocket Met		\$15.00
	PPO Network Medical Lifetime Maximum Met		\$1,165.50
	Out of Network Medical Deductible Met		\$200.00
	Out of Network Stoploss/Out of Pocket Met		\$15.00
	Out of Network Medical Lifetime Maximum Met		\$1,165.50
3 Patient 4	PPO Network Medical Deductible Met		\$50.00
	Out of Network Medical Deductible Met		\$50.00
3 Patient 5	Hospital Network Medical Lifetime Maximum Met		\$1500.00
22 Family	PPO Network Medical Deductible Met		\$400.00
	PPO Network Medical Stoploss/Out of Pocket Met		\$15.00
	Out of Network Medical Deductible Met		\$400.00
	Out of Network Stoploss/Out of Pocket Met		\$15.00

Please see your Summary Plan Description for a more detailed explanation of your plan benefits, exclusions, and maximums. The dollars displayed on this statement are as of the Print Date and are subject to change. Your next Consolidated Explanation of Benefits, if any claims are processed, will be issued no later than the week of: MM/DD/YYYY

Right of Appeal

If your Plan is not subject to ERISA, the following may not apply. You may request a review of a denied claim by making a written request to the Named Fiduciary within 180 calendar days from receipt of a notice of denial, include the reasons you feel the claim should not have been denied along with any additional information and comments relevant to the claim. You are entitled to receive, upon request and free of charge, copies of all documents relevant to the denial including: any internal guideline or similar criterion that was relied on in making the determination; and an explanation of any scientific or clinical judgment on which any medical necessity conducted by individuals who made the original determination or their subordinates. You will be notified of the decision within a reasonable period of time but not later than 60 days after the plan receives your request for review. If your claim is denied on appeal, you have the right to bring a civil action for benefits under Section 502(a) of ERISA. Please see your Plan Document/Summary Plan Description for further details.

Employment Retirement Income Security Act (ERISA)

If you are enrolled through an employer-sponsored or other group health benefit plan that is subject to ERISA, and receive an adverse benefit determination on your appeal (s), you may bring a civil action under Section 502(a) of ERISA. In general, ERISA does not cover group health plans established or maintained by governmental entities (Federal, state, and municipal) for their employees or by churches for their employees. To determine whether ERISA applies to your group health benefit plan, please contact your Employer, Group Administrator, or Plan Sponsor.

Page 2 of EOB

¿Tiene preguntas acerca de su EOB? Llame al número que aparece en la parte superior de su tarjeta de identificación.

