



## Cómo entender la *Explicación de beneficios*

**La *Explicación de beneficios* muestra sus reclamaciones médicas y los pagos efectuados por su cobertura médica. Recibirá una *Explicación de beneficios* (EOB, en inglés) después de tener una consulta con su médico o de hacerse una prueba.**

Esta guía le brindará ayuda para entender la EOB y toda la información que contiene.

## Cada definición numerada a continuación explica cada sección enumerada en la *Explicación de beneficios* de muestra incluida en las páginas siguientes.

- 1 Número de grupo: número asignado a su empleador.
- 2 Fecha de impresión: fecha de emisión de la EOB.
- 3 Nombre del paciente: nombre de la persona que recibió atención médica.
- 4 Tipo de servicio: descripción de la consulta (por ejemplo, consulta presencial con el médico).
- 5 Número de reclamación: identifica la reclamación en nuestro sistema.
- 6 Fecha del servicio: la fecha en que recibió atención médica.
- 7 Cargos facturados: servicios que se facturaron a su cobertura médica.
- 8 Cantidad descontada: cantidad que se redujo del monto del prestador de servicios médicos.
- 9 Otros ajustes: cantidades negociadas o no elegibles que no son responsabilidad suya.
- 10 Pago de otra cobertura: pago efectuado por otra cobertura médica debido a la coordinación de servicios con cobertura.
- 11 No elegible: cantidad de gastos presentados no incluidos en la cobertura médica.
- 12 Copago: cargo predeterminado que el prestador de servicios médicos puede cobrarle al momento de recibir el servicio.
- 13 Deducible: cantidad del cargo con cobertura que usted es responsable de pagar antes de que su cobertura médica empiece a compartir los costos.
- 14 Coseguro: un porcentaje de los gastos cubiertos que usted es responsable de pagar.
- 15 Cobertura: cantidad total que pagará su cobertura por los gastos presentados.
- 16 La cobertura médica pagó: porcentaje del gasto cubierto pagado por su cobertura, después de cualquier deducible aplicable.
- 17 Códigos de motivos y explicaciones de códigos: se usan para explicar por qué una parte de los gastos presentados no está incluida en la cobertura médica. Un número, o código de motivo, que aparece en la EOB se corresponde con una explicación (consulte la página 2 de la muestra).
- 18 Número de cuenta del paciente: número de cuenta asignado por el centro o prestador de servicios médicos.
- 19 Prestador de servicios médicos: nombre del centro o prestador de servicios médicos.
- 20 Fecha de emisión: fecha en que la reclamación fue emitida y enviada para procesarse.
- 21 Responsabilidad del paciente: el total que usted debe pagar.
- 22 Familia: dólares que se aplican para el empleado y los derechohabientes asegurados.
- 23 Año actual: pagos cubiertos por la cobertura durante este año.

Según cómo se haya pagado la reclamación, estas columnas podrían aparecer de forma diferente. Se utilizarán las tarifas correspondientes a servicios de la red, fuera de la red o de la cobertura PPO para el pago de la reclamación. Estas columnas incluirán los pagos aplicados al deducible, los gastos de bolsillo y el monto de cobertura máxima de por vida.

# Explicación de beneficios de muestra

Los elementos que aparecen en la *Explicación de beneficios* de muestra son solo de referencia. Esta muestra indica las reclamaciones y la cobertura de una familia de cinco miembros. Las reclamaciones de cada miembro de la familia se muestran por separado.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma  
1400 S Boston Ave  
Tulsa, OK 74119

¿Tiene alguna pregunta?  
Número para llamadas sin costo:  
Sitio web:

Comuníquese con nosotros:  
1-800-538-8833  
<https://www.espanol.bcbsook.com/>

Sally Sample  
123 Main Street  
Anywhere, USA 12345

ABC Company  
1 Número de grupo 54321  
2 Fecha de impresión DD, MM, AAAA

Explicación consolidada de beneficios para la familia

Página 1 de 2

Este documento no es una factura.

| Página 1 de 2<br>Tipo de servicio                                                                                                                                               | Servicios<br>Fechas | Cargos<br>Facturados | Cantidad<br>del<br>descuento | Otros<br>ajustes | Otros<br>Cobertura<br>Pago | Responsabilidad del paciente después del<br>pago |        |           |          | Cobertura<br>Beneficio<br>/Servicio | La<br>cobertura<br>médica<br>pago | Motivo<br>Códigos |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|--------|-----------|----------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | No elegible                                      | Copago | Deducible | Coseguro |                                     |                                   |                   |
| Nombre del paciente n.º1                                                                                                                                                        |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| N.º de reclamación: E00015454399 N.º de cuenta del paciente: 10188851 Prestador de servicios médicos: Mainstreet Medical Group Red: Sample Network Fecha de emisión: DD/MM/AAAA |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| PRUEBA DIAGNÓSTICA                                                                                                                                                              | DD/MM/AAAA          | 29.00                | 11.73                        | 0.00             | 3.27                       | 0.00                                             | 0.00   | 0.00      | 0.00     | 14.00                               | 100%                              | 901 509           |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   | 676               |
| Totales:                                                                                                                                                                        |                     | 29.00                | 11.73                        | 0.00             | 3.27                       | 0.00                                             | 0.00   | 0.00      | 0.00     | 14.00                               |                                   |                   |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | Responsabilidad del paciente 0.00                |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| Nombre del paciente n.º2                                                                                                                                                        |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| N.º de reclamación: EC03250111 N.º de cuenta del paciente: 123 Prestador de servicios médicos: ABC Medical Center Red: Hospital Network Fecha de emisión: DD/MM/AAAA            |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| GASTOS POR<br>SERVICIOS AUXILIARES                                                                                                                                              | DD/MM/AAAA          | 75.00                | 0.00                         | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 75.00     | 0.00     | 0.00                                | 0%                                | !                 |
| Totales:                                                                                                                                                                        |                     | 75.00                | 0.00                         | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 75.00     | 0.00     | 0.00                                |                                   |                   |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | Responsabilidad del paciente 75.00               |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| Nombre del paciente n.º3                                                                                                                                                        |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| N.º de reclamación: D00013658105 N.º de cuenta del paciente: 13435593 Prestador de servicios médicos: ABC Hospital Red: Sample Network Fecha de emisión: DD/MM/AAAA             |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| GASTOS POR<br>SERVICIOS AUXILIARES                                                                                                                                              | DD/MM/AAAA          | 2,392.00             | 1,967.00                     | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 300.00    | 25.00    | 100.00                              | 80%                               | 901               |
| Totales:                                                                                                                                                                        |                     | 2,392.00             | 1,967.00                     | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 300.00    | 25.00    | 100.00                              |                                   |                   |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | Responsabilidad del paciente 325.00              |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| Nombre del paciente n.º4                                                                                                                                                        |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| N.º de reclamación: E00014955868 N.º de cuenta del paciente: 10006855 Prestador de servicios médicos: Mainstreet Medical Group Red: Sample Network Fecha de emisión: DD/MM/AAAA |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| CONSULTA MÉDICA                                                                                                                                                                 | DD/MM/AAAA          | 95.00                | 3.92                         | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 10.00  | 0.00      | 0.00     | 81.08                               | 100%                              | 901 676           |
| OTROS SUMINISTROS                                                                                                                                                               | DD/MM/AAAA          | 75.00                | 0.00                         | 75.00            | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 0.00      | 0.00     | 0.00                                | 0%                                | 816 676           |
| Totales:                                                                                                                                                                        |                     | 170.00               | 3.92                         | 75.00            | 0.00                       | 0.00                                             | 10.00  | 0.00      | 0.00     | 81.08                               |                                   |                   |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | Responsabilidad del paciente 10.00               |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| Nombre del paciente n.º5                                                                                                                                                        |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| N.º de reclamación: EC03250115 N.º de cuenta del paciente: 112233ABIR Prestador de servicios médicos: ABC Medical Center Red: Hospital Network Fecha de emisión: DD/MM/AAAA     |                     |                      |                              |                  |                            |                                                  |        |           |          |                                     |                                   |                   |
| GASTOS POR<br>SERVICIOS AUXILIARES                                                                                                                                              | DD/MM/AAAA          | 250.00               | 0.00                         | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 250.00    | 0.00     | 0.00                                | 0%                                | !                 |
| Totales:                                                                                                                                                                        |                     | 250.00               | 0.00                         | 0.00             | 0.00                       | 0.00                                             | 0.00   | 250.00    | 0.00     | 0.00                                |                                   |                   |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                              |                  |                            | Responsabilidad del paciente 250.00              |        |           |          |                                     |                                   |                   |

## Muestra de *Explicación de beneficios*

Los elementos que aparecen en la *Explicación de beneficios* de muestra son solo de referencia.

### 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.
- 991 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.

|    |           | 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 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.