

CÓMO LEER LA Explicación de beneficios

A continuación encontrará un ejemplo de la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) Ésta es la información que recibirá después de que se haya procesado su reclamación de beneficios. Para comprender este ejemplo, busque el número del campo en la EOB que coincide con el número correspondiente que se muestra en la siguiente descripción.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Explanation of Benefits

THIS IS NOT A BILL

CONTRACT HOLDER NAME: JOHN DOE	1
MEMBER ID: ABC123451284	2
GROUP NAME: XYZ COMPANY	
GROUP ID: 123456789	
CLAIM ACTIVITY FOR: JANE DOE	3
CLAIM NUMBER: 03363496597	4
CLAIM RECEIVED: 12/24/03	

EXPLANATION AT A GLANCE	
DATES OF SERVICE: 12/18/03-12/20/03	5
WE SENT CHECK TO: ABC HOSPITAL - A Network Facility	6
CLAIM PAYMENT AMOUNT: \$567.79	
PROVIDER MAY BILL YOU (IF NOT ALREADY PAID): \$221.94	7

Provider Date of Service Type of Service Service Code (Number of Services)	Provider Charges	Our Allowance (Covered Charges)	Member Responsibility			Health Plan Pays	Your Share of Amount Remaining	Amount You Owe Provider
			Your Deductible	Amount Remaining	Health Plan Pays At			
ABC HOSPITAL 12/18/03-12/20/03 Inpatient Stay	789.73	789.73	80.00	709.73	80%	567.79	141.94	221.94
TOTALS	789.73	789.73	80.00	709.73		567.79	141.94	221.94

Remarks	
17	We provide administrative claims payment services only and do not assume any financial risk or obligation regarding claims.

- Nombre del titular del contrato:** Persona que es el titular del contrato. (Generalmente el empleado, para los planes de beneficios patrocinados por la empresa.)
- Identificación de miembro:** Número de identificación de miembro del empleado. (Este es el número de identificación que se indica en su tarjeta de identificación médica.)
- Reclamación para:** Nombre de la persona que recibió los servicios. (Si se procesan reclamaciones para varios familiares en el mismo período, cada paciente tendrá una página separada.)
- Número de reclamación:** Número asignado por la computadora a efectos de identificación.
- Fechas de servicio:** El rango de fechas para el cual este EOB contiene información.
- Enviamos el cheque a:** Persona o establecimiento al que se le envió el reembolso. (Si recibe servicios de un proveedor participante, el reembolso se enviará directamente al proveedor). (Si recibe servicios de un proveedor no participante, el cheque de reembolso se le enviará directamente a usted.)
- El proveedor podrá facturarle:** Resumen de lo que debe al proveedor. Se muestra el desglose individual en la tabla de responsabilidades del miembro.
- Proveedor:** Nombre del proveedor. (Un proveedor es un establecimiento o profesional que presta o proporciona los servicios.)
Fecha de servicio: La fecha de los servicios prestados o proporcionados.
Tipo de servicio: Por ejemplo, cirugía, visita a la consulta, etc.
Código del servicio: Código que identifica los servicios que se prestaron.
- Cargos del proveedor:** Cantidad que el proveedor cobró realmente por los servicios.
- Nuestra tarifa:** Cantidad cubierta según su programa. (Si usted usa un proveedor participante de Blue Cross Blue Shield, éste debe aceptar "Nuestras tarifas" como pago total y no puede facturarle por la diferencia entre los "Cargos del proveedor" y "Nuestra tarifa".)
- Su deducible:** Cantidad que se aplicó al deducible de su programa.
- Cantidad restante:** Cantidad restante después de descontar su deducible de nuestra tarifa.
- El plan de salud paga el:** Porcentaje que su programa paga después de enterar cualquier deducible, coseguro o copago. Por ejemplo, si tiene un programa de 80/20, su programa paga el 80% y usted es responsable del otro 20%.
- El plan de salud paga:** Cálculo de la cantidad efectiva en dólares que el plan de salud paga. (Es decir, porcentaje que "El plan de salud paga" multiplicado por la "Cantidad restante" u $80\% \times \$709.73$)
- Su parte de la cantidad restante:** La cantidad restante después de descontar el pago del programa. (Por ejemplo, "cantidad restante" menos lo que "El plan de salud paga el," o $\$709.73 - \567.79 .)
- Cantidad que usted debe al proveedor:** Cantidad total de sus responsabilidades. Esto incluye cualquier deducible, coseguro o copago más su parte de la cantidad restante.
- Observaciones:** Explicación de por qué no se cubren ciertos cargos.