


Health Advantage

Para Comprender su Explicación de Beneficios (EOB)

La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits o EOB, por sus siglas en inglés) es un formulario de notificación que le envía Health Advantage después de haber procesado un reclamo. Este formulario explica la cantidad total facturada, la cantidad pagada y a quién se le ha pagado. Es buena idea guardar una copia de toda factura que reciba a través de su proveedor de servicios médicos para poder compararla con su EOB.

Muestra de la Explicación de Beneficios (EOB)

EXPLANATION OF BENEFITS
This is not a bill



1 SUBSCRIBER NAME
JANE DOE

2 PATIENT'S NAME
JOHN DOE

3 RELATIONSHIP
SPOUSE

4 I.D. NUMBER
1111111111

5 GROUP NAME
XXXXXX XXXXXX XXXXXX

6 GROUP NUMBER
111111

7 Date Received: AUGUST 03, 2001

8 Date Processed: AUGUST 10, 2001

9 Claim Number: 111111111111

10 Provider of Service: SMITH JOHN MD
Thank you for using a network participating provider

11 Provider Number: 99999-0001

12 Date of Service From/Thru	13 Type of Service (Days/Counts)	14 Billed Amount	15 Allowed Amount	16 Non-covered Amount	17 Deductible Amount	18 Copayment Amount	19 Coinsurance Amount	20 Primary Payer Amount	21 Provider Adjustment Amount *	22 Provider Payment	Explanation Codes
7/27/01- 7/27/01	Cardiography (1)	33.00	15.73	0.00	0.00	0.00	1.57	0.00	18.69	12.74	M2
Claim Totals		33.00	15.73	0.00	0.00	0.00	1.57	0.00	18.69	12.74	

23 Your Minimum Responsibility 1.57

24 COINSURANCE OF \$1.57 HAS BEEN APPLIED TO THE INDIVIDUAL COINSURANCE MAX LIMIT OF \$750.00; LEAVING \$748.43
COINSURANCE OF \$1.57 HAS BEEN APPLIED TO THE FAMILY COINSURANCE MAX LIMIT OF \$1,500.00; LEAVING \$1,498.43

25 EXPLANATION CODES
M2 MEMBER RESPONSIBLE FOR COINSURANCE

HEALTH INSURANCE FRAUD IS A FEDERAL CRIME. TO REPORT INSURANCE FRAUD OR ABUSE, CALL THE HEALTH ADVANTAGE FRAUD HOTLINE
LITTLE ROCK:378-2251
TOLL FREE:1-800-FRAUD21

HOW TO APPEAL A DENIED CLAIM
YOU MAY ASK US TO REVIEW A DENIED CLAIM BY SENDING A WRITTEN REQUEST TO:
HEALTH ADVANTAGE
P.O.BOX 8069
LITTLE ROCK, AR 72203

If you have any information you think we should consider, please include it in your request. We will review your request and send a written response within 30 days of receiving all information pertinent to your request.

*The amount the provider must write off and/or the amount that has been withheld from the provider payment subject to the terms and conditions of the contractual agreement with the provider. The provider cannot bill you for this amount.

Should you have questions concerning this Explanation of Benefits, please contact the Customer Service number on your member I.D. card. For information on products and services and participating provider listing, please visit the Health Advantage Web site: www.healthadvantage-hmo.com.

Descripción de la Explicación de Beneficios (EOB)

Lo siguiente es una descripción de los puntos enumerados en la EOB. Los números de campo a los que se hace referencia en la muestra de la EOB corresponden a los nombres y descripciones proporcionados a continuación. El Campo 23 es probablemente el más importante para usted. Muestra la cantidad total que usted, como paciente, debe pagar.

NÚMERO DEL CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO
1	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	El nombre del titular del contrato que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad aplicables.
2	NOMBRE DEL PACIENTE	El nombre de la persona que recibió el servicio. Podría ser usted, su cónyuge o un hijo dependiente que tenga cobertura bajo su plan médico.
3	PARENTESCO	El parentesco o relación entre el paciente y el suscriptor.
4	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID)	El número de miembro de la persona que reciba el servicio.
5	NOMBRE DEL GRUPO	El nombre del empleador.
6	NÚMERO DEL GRUPO	El número asignado a su empleador para propósitos de seguimiento "tracking").
7	FECHA DE RECIBIDO	La fecha en la cual Health Advantage reciba el reclamo.
8	FECHA EN QUE SE HAYA PROCESADO	La fecha en la cual Health Advantage le haya pagado o denegado el reclamo.
9	NÚMERO DEL RECLAMO	El número asignado a este reclamo para propósitos de seguimiento ("tracking").
10	PROVEEDOR DE SERVICIOS	El profesional o instalación para el cuidado médico que le haya proporcionado servicios al paciente.
11	NÚMERO DEL PROVEEDOR	El número asignado al proveedor.

12	FECHA DEL SERVICIO	La fecha en la cual recibió el paciente los servicios.
13	TIPO DE SERVICIO	Una descripción del tipo de servicio proporcionado.
14	CANTIDAD FACTURADA	La cantidad que cobró el proveedor por el servicio.
15	CANTIDAD PERMITIDA	La cantidad generalmente cobrada por un servicio, de la cual se determinará su coseguro, si se aplicare al caso.
16	CANTIDAD NO CUBIERTA	La cantidad, si la hubiere, por servicios no cubiertos o la cantidad que se sobrepase del cargo permitido.
17	CANTIDAD DEDUCIBLE	Si se aplicare al caso, la cantidad que paga usted a los proveedores , cada período de beneficios, por servicios prestados antes de que el plan comience a pagar su porción.
18	CANTIDAD DEL COPAGO	La cantidad que le paga usted al proveedor cada vez que recibe cierto servicio.
19	CANTIDAD DEL COSEGURO	El porcentaje de la Cantidad Permitida que le paga usted al proveedor por servicios cubiertos por los cuales es responsable el miembro del plan. La Cantidad Permitida incluye cantidades retenidas del pago del proveedor, las cuales están sujetas a los términos y condiciones del contrato con el proveedor.
20	CANTIDAD DEL PAGADOR PRIMARIO	La cantidad pagada por otra compañía de seguro.
21	CANTIDAD DE AJUSTE DEL PROVEEDOR	La cantidad que cancela el proveedor como deuda incobrable y/o la cantidad que se ha retenido del pago del proveedor, sujeto a los términos y condiciones del contrato con el proveedor. El proveedor no puede facturarle a usted por esta cantidad.
22	PAGO DEL PROVEEDOR	La cantidad que ha pagado su plan médico, basado en su cobertura y en el contrato con el proveedor.
23	CANTIDAD MÍNIMA POR LA CUAL ES USTED RESPONSABLE	La cantidad que usted le paga al proveedor por este reclamo. Esto incluye cualquier copago, coseguro, deducible, servicios no cubiertos o la cantidad que sobrepasa el límite permitido.

24	GASTO MÁXIMO PERSONAL PARA EL AÑO DEL CONTRATO	Si se aplicare al caso, esta área muestra cuánto de este reclamo se ha aplicado a sus gastos personales máximos y cuánto ha dejado usted antes de cumplir con su máximo. Esto excluye cualquier copago y coseguro para la Salud Mental.
25	CÓDIGOS DE EXPLICACIÓN	Esto es una explicación de la actividad ocurrida en este reclamo / servicio, describiendo la disposición del reclamo.