



Entender su Explicación de Beneficios, tan fácil como contar hasta 3

Una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) no es una factura. Simplemente le informa todo lo que podría desear saber sobre cómo su plan de beneficios cubrió su servicio médico reciente. Recibirá una factura de su proveedor por cualquier cantidad que pueda adeudar.

1 Resumen de costos

La primera página de su Explicación de Beneficios es un resumen de cuánto facturó su proveedor, cuánto cubrió su plan y el total que puede adeudarle a su proveedor.

2 Actualización de beneficios

En la página siguiente, encontrará un desglose de las cantidades que usted o su familia han aplicado a sus deducibles anuales y a los gastos de su bolsillo.

Deducible: Lo que usted tiene que pagar antes de que su plan pague servicios específicos. Los deducibles generalmente son una cantidad fija anual.

Gastos de su bolsillo: Lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente 1 año) como su parte de los costos de los servicios cubiertos. Después de alcanzar la cantidad que le corresponde, el plan generalmente paga el 100% de la cantidad permitida.

Si desea más información sobre otros términos comunes del seguro de salud, visite justplainclear.com.

3 Información detallada sobre el servicio y el pago

Esta sección incluye información sobre quién recibió el servicio médico, el nombre del proveedor y qué tipos de cuidado recibió. Le ofrece un desglose de cómo se procesó el reclamo, que incluye:

- Cuánto facturó su proveedor
- Su descuento de la red
- Lo que pagó el plan patrocinado por su empleador
- La cantidad que usted puede adeudar, que incluye copagos, deducibles y gastos de su bolsillo

Here's a summary for you.

Detailed claim and benefit information is located on the following page(s).

Amount billed:	\$60.00	The total amount that your provider billed for the services that were provided to you.
Your discount:	\$44.70	Your plan negotiates discounts with providers and facilities to help save you money.
Your plan paid:	\$0.00	The portion of the amount billed that was paid by your employer-sponsored benefits plan.
You saved:	\$44.70	75% of your service was covered by your plan discounts, your employer-sponsored benefits plan, or other amounts for which you are not responsible.
TOTAL YOU MAY OWE:	\$15.30	The portion of the amount billed that you may owe to the provider. This amount includes your deductible, copay, coinsurance and non-covered charges. Not allowed amounts and any amount you paid when you received care may not be reflected in this amount.

(Datos ficticios)

In-network

INDIVIDUAL CAL YR DEDUCTIBLE	<input type="text" value="\$15.30 out of \$500.00"/>	\$484.70 to go
FAMILY CAL YR DEDUCTIBLE	<input type="text" value="\$15.30 out of \$1,000.00"/>	\$984.70 to go
INDIVIDUAL OUT-OF-POCKET	<input type="text" value="\$55.30 out of \$2,000.00"/>	\$1,944.70 to go
FAMILY OUT-OF-POCKET	<input type="text" value="\$55.30 out of \$4,000.00"/>	\$3,944.70 to go

(Datos ficticios)

		PLANPAID		YOU PAID			
Service(s) you received	Reason code	Amount billed by provider	Your discount	Not allowed	Amount due to provider*	Applied to deductible	Not covered may owe**
URGENT CARE	908	\$60.00	\$44.70	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Totals		\$60.00	\$44.70	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$15.30

*This total may not reflect any payments/copays you made at the time of service. Please wait for a provider bill before making payment.
**This amount does not include any copay or deductible you may owe.
† Indicates any payment you may owe. ‡ Indicates any discount or plan payment that will reduce what you owe.

Reason code explanations:
908 Provider negotiated discount. You are not responsible for this amount. Your Claim was processed at the In-Network Level of Benefits.

(Datos ficticios)



Ahorre papel en umr.com.

Reciba recordatorios por correo electrónico de cada nueva Explicación de Beneficios, más información detallada sobre su reclamo y los próximos pasos que debe seguir.