

BlueAdvantage Administrators of Arkansas

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 BlueAdvantage Administrators of Arkansas después de haber procesado su 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)

BlueAdvantage Administrators of Arkansas
 An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Explanation of Benefits
 This is not a bill

1	2	3	4	5	6						
SUBSCRIBER NAME JOHN DOE	PATIENT NAME JOHN DOE	RELATIONSHIP SUBSCRIBER	I.D. NUMBER 111111111-00	GROUP NAME ABC COMPANY	GROUP NUMBER 111111						
7		8		9							
Claim Number: 111111111111		Provider of Service : SMITH JOHN MD		Provider Number: 99999-0001							
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Date of Service From/thru	Type of Service (Days/Counts)	Billed Amount	Allowed Amount	Non-covered Amount	Deductible Amount	Copayment Amount	Coinsurance Amount	Primary Payer	Provider Adjustment	Provider Payment	Explanation Codes
4/19/04 - 4/19/04	Medicine Services (1)	23.00	15.81	0.00	0.00	0.00	3.16	0.00	7.19	12.65	QF
Claim Totals		23.00	15.81	0.00	0.00	0.00	3.16	0.00	7.19	12.65	

21 Your Minimum Responsibility 3.16

22 COINSURANCE OF \$3.16 HAS BEEN APPLIED TO THE OUT-OF-POCKET-DOLLAR-MEMBER-IN-NETWORK LIMIT OF \$1,000.00; LEAVING \$289.03

23 EXPLANATION CODES
 QF ALLOWED AMOUNT REFLECTS PPO ALLOWANCE

If the above Explanation Code(s) indicate that your claim for benefits has been pended until we receive additional information and we do not receive the requested information within ninety days of our request, your claim will be considered denied. Please return a copy of this Explanation of Benefits form when submitting the requested data.

If you have questions about an Explanation of Benefits determination, you may contact BlueAdvantage Administrators of Arkansas at the customer service number listed on your Identification Card or by writing to BlueAdvantage at P.O. Box 1460, Little Rock, AR 72203 and ask that the determination be reviewed. Customer Service will respond in like manner with answers to your request. This informal review is not an Appeal nor a substitute for an Appeal. Nor must you ask for an informal review in order to request an Appeal.

If a claim for benefits is denied either in whole or in part, this notice explains the reason or reasons for the denial. You may request a review of a denial of benefits or any claim or portion of a claim by sending a written appeal to the Plan Administrator within the number of days as identified within your Summary Plan Description. (ERISA Plans must allow a minimum of 180 days). Your appeal should include your name, your identification number and reference to the denied claim. In preparing your request for review, you or your authorized representative have the right to examine documents relevant to your claim. You or your authorized representative may submit, with your request for review, any additional information relevant to your claim and may also submit issues and comments in writing. You will receive a final decision in writing within the number of days as specified in your Summary Plan Description.

After you receive the appeal decision, you have the right to bring a civil action under section 502(a) of the Employee Retirement Income Security Act of 1974.

*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.

This is the only copy you will receive. Please retain for your records.

BlueAdvantage Administrators of Arkansas provides administrative claims processing services only and does not assume any financial risk or obligation with respect to claims.

Descripción de la Explicación de Beneficios (EOB)

Lo siguiente es una descripción de los puntos enumerados en la EOB. Los números a los que se hace referencia en la muestra de la EOB corresponden a los nombres y descripciones proporcionados a continuación. El Campo 21 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 DE GRUPO	El nombre del empleador.
6	NÚMERO DE GRUPO	El número asignado a su empleador para propósitos de seguimiento ("tracking").
7	NÚMERO DE RECLAMO	El número asignado a este reclamo para propósitos de seguimiento ("tracking").
8	PROVEEDOR DE SERVICIO	El profesional o instalación para el cuidado médico que le haya proporcionado servicios al paciente.
9	NÚMERO DE PROVEEDOR	El número asignado al proveedor.
10	FECHA DE SERVICIO	La fecha en la cual el paciente recibió los servicios.
11	TIPO DE SERVICIO	Una descripción del tipo de servicio proporcionado.
12	CANTIDAD FACTURADA	La cantidad que cobró el proveedor por el servicio.
13	CANTIDAD PERMITIDA	La cantidad generalmente cobrada por un servicio, de la cual se determinará su coseguro, si

		se aplicare al caso.
14	CANTIDAD NO CUBIERTA	La cantidad, si la hubiere, por servicios no cubiertos o la cantidad que se sobrepase del cargo permitido.
15	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.
16	CANTIDAD DEL COPAGO	La cantidad que le paga usted al proveedor cada vez que recibe cierto servicio.
17	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.
18	CANTIDAD DEL PAGADOR PRIMARIO	La cantidad pagada por otra compañía de seguro.
19	CANTIDAD DE AJUSTE DEL PROVEEDOR	La cantidad que debe cancelar 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.
20	PAGO DEL PROVEEDOR	La cantidad que ha pagado su plan médico, basado en su cobertura y en el contrato con el proveedor.
21	CANTIDAD MÍNIMA POR LA CUAL USTED ES RESPONSABLE	La cantidad que le paga usted al proveedor por este reclamo. Esto incluye cualquier copago, coseguro, deducible, servicios no cubiertos y la cantidad que sobrepasa lo permitido para proveedores fuera de la red.
22	GASTO MÁXIMO PERSONAL PARA EL AÑO DEL CONTRATO	Si se aplicare al caso, esta área muestra cuánto de este reclamo se ha aplicado a su deducible y/o a los gastos personales máximos y cuánto le falta para cumplir con su máximo.
23	CÓDIGOS DE EXPLICACIÓN	Esto es una explicación de la actividad ocurrida en este reclamo / servicio, describiendo cómo se ha procesado el reclamo.