



Cómo leer tu Explicación de Beneficios (EOB)

Entender tu Explicación de Beneficios es fundamental para gestionar tu atención médica de manera efectiva. Sabemos que puede parecer complejo, pero no te preocupes: estamos aquí para guiarte. Esta guía te explicará el propósito de una EOB y desglosará cada sección para ayudarte a leer tus propios documentos con confianza.



1 Allied Benefit Systems LLC
200 W. Adams St. Ste 500
Chicago, IL 60606-5215

Explicación de Beneficios

**CONSERVA PARA EFECTOS FISCALES
ESTO NO ES UNA FACTURA**

Servicio de reenvío solicitado

WALTER CONNORS
208 S WEST ST
CHICAGO IL 60604

2 Atención al cliente

Preguntas? Contáctenos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de suscriptor.

Para obtener más información sobre su plan de salud, inicie sesión o registre su cuenta en alliedbenefit.com/members.

3 Asegurado: WALTER CONNORS
Número de Grupo: 9584
Grupo: IQI, INC (DEMO ACCOUNT)

Fecha: 2/1/2024

4 Número de Reclamación: 3470603101
Paciente: WALTER CONNORS

Proveedor: DR. IRELAND

5 Fechas de Servicio	6 Código de Servicio	7 Cargo Total	8 Cantidad Inelegible	9 Código de Razón	10 Cantidad de Descuento	11 Cubierto por el Plan	12 Monto de Deducible	13 Monto de Copago	14 Monto de Saldo	15 Pagado al (%)	16 Monto de Pago
09/05-09/05/2023	34	\$5,000.00	\$0.00	46	\$3,500.00	\$1,500.00	\$0.00	\$30.00	\$1,470.00	100%	\$1,470.00
Column Totals		\$5,000.00	\$0.00			\$1,500.00	\$0.00	\$30.00	\$1,470.00		\$1,470.00
17 Responsabilidad del Paciente: \$30.00										18 Otros Créditos o Ajustes	\$0.00
										Pago Neto Total	\$1,470.00

19 Descripción del Código de Servicio

34 OFFICE/HOME VISIT

20 Descripción del Código de Razón

46 Bill has been discounted by your PPO/EPO network.

21 Detalles de Pago

Pagado a	No. de cheque	Monto
DR IRELAND	0000012132	\$1,470.00

22 Descuento PPO

Esta reclamación se procesó conforme a su acuerdo contractual con Aetna.

23 Lenguaje de Apelación

Si esta Explicación de Beneficios refleja una determinación de beneficios adversa, usted puede apelar la determinación; presentar comentarios por escrito, documentos, registros u otra información relacionada con la reclamación; y, previa solicitud y de forma gratuita, recibir copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación.

Después de recibir atención y una vez que Allied procese su reclamación, Allied le enviará una Explicación de Beneficios (EOB) por correo y en línea a través de su aplicación My Allied Portal. La EOB muestra los cargos totales de su visita y cuánto deben usted y su plan de salud.

Una EOB NO ES UNA FACTURA. Debe usarla para rastrear cómo usted y su familia utilizan su cobertura. Recibirá una factura por separado del proveedor.

Para ayudarle a navegar por su Explicación de Beneficios (EOB), hemos resaltado las secciones clave con círculos numerados en la página anterior. A continuación, encontrará una explicación detallada de cada uno de estos elementos numerados. Siga la guía con su propia EOB para entender lo que significa cada sección y cómo se relaciona con sus servicios y beneficios de atención médica.

1 ALLIED:

El administrador externo del plan de salud responsable de procesar sus reclamaciones de seguro médico.

2 ATENCIÓN AL CLIENTE:

Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación si tiene preguntas sobre su plan o vaya a alliedbenefit.com/members para acceder a su cuenta en línea.

3 ASEGURADO:

The name of the individual who is enrolled in the health insurance plan.

NÚMERO DE GRUPO:

Identifica el plan de beneficios específico bajo el cual está cubierto el asegurado.

GRUPO :

El nombre de la empresa, organización o grupo que posee la póliza de seguro.

FECHA :

La fecha en que se emitió la EOB o el periodo de cobertura al que pertenece.

4 NÚMERO DE RECLAMACION:

El número único asignado a la reclamación de seguro específica.

PACIENTE:

El individuo que recibió los servicios de atención médica.

PROVEEDOR:

El profesional de la salud o centro médico que prestó el servicio.

5 FECHAS DE SERVICIO:

La fecha o fechas específicas en las que se proporcionaron los servicios o tratamientos.

6 CÓDIGO DE SERVICIO:

Un código estandarizado utilizado en la industria de la salud para describir el servicio o procedimiento específico proporcionado.

7 CARGO TOTAL:

El monto total facturado por el proveedor de atención médica por los servicios prestados durante las fechas de servicio.

8 CANTIDAD INELEGIBLE:

La parte del cargo total que su plan de seguro no considera para pago.

9 CÓDIGO DE RAZÓN:

Un código proporcionado por Allied que ofrece una explicación de por qué se cubrió o no una cierta cantidad.

10 CANTIDAD DE DESCUENTO:

Este monto representa el descuento aplicado al cargo total debido a los acuerdos entre el proveedor y la red aplicables al plan de beneficios.

11 CUBIERTO POR EL PLAN:

El monto que su plan de seguro acepta cubrir por los servicios recibidos después de que se aplique la cantidad de descuento, si corresponde.

12 MONTO DEL DEDUCIBLE:

El deducible es el monto que usted es responsable de pagar a sus proveedores antes de que su plan de seguro comience a pagar. La cantidad aquí indica qué parte de su deducible se está aplicando a esta reclamación.

13 MONTO DE COPAGO:

Una cantidad fija que normalmente pagaría directamente al proveedor en el momento del servicio. Es parte de su participación en el costo del servicio.

14 MONTO DEL SALDO:

El monto que queda por pagar al proveedor después del copago y cualquier deducible.

15 PAGADO AL (%):

El porcentaje del monto del saldo que Allied ha pagado al proveedor de atención médica. Este porcentaje se basa en los montos de coseguro descritos en el plan de beneficios del empleador.

16 MONTO DE PAGO:

El monto final pagado por los servicios que recibió el paciente.

17 RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

El monto que se espera que el paciente pague por los servicios prestados.

Es posible que ya haya pagado parte de la Responsabilidad del Paciente. La Explicación de Beneficios solo muestra lo que usted debe, no si ya lo ha pagado.

Su factura no debería ser mayor a la Responsabilidad del Paciente. Si lo es, llame inmediatamente a Allied al número que aparece en su tarjeta de identificación.

18 OTROS CRÉDITOS O AJUSTES:

Cualquier crédito o ajuste adicional que se haya realizado al monto total facturado o a la responsabilidad del paciente.

PAGO NETO TOTAL:

El monto total pagado por Allied por los servicios prestados después de que se hayan aplicado todos los descuentos, ajustes y la responsabilidad del paciente (como copagos, deducibles o coseguro).

19 DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO DE SERVICIO:

Una descripción detallada de los servicios recibidos basada en el código de servicio asociado.

20 DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO DE RAZÓN:

Una explicación para el código de razón correspondiente, detallando por qué un cargo fue manejado de cierta manera por el seguro.

21 DETALLES DE PAGO:

Esta sección proporciona detalles sobre el pago realizado por Allied. Incluye quién recibió el pago (Pagado a), el número de cheque utilizado para el pago (No. de cheque) y el monto del pago.

22 DESCUENTO PPO:

Esta nota indica que la reclamación ha sido procesada de acuerdo con un acuerdo contractual con su PPO (Organización de Proveedores Preferidos).

23 LENGUAJE DE APELACIÓN:

Esta sección incluye información sobre sus derechos para apelar cualquier decisión tomada por Allied con respecto a sus beneficios. Proporciona instrucciones sobre cómo solicitar una apelación si no está de acuerdo con la forma en que se procesó o pagó una reclamación.