

Esto es un ejemplo de Su resumen de cuenta.



El número de Servicio al Cliente de su plan de seguro puede estar cerca del logo del plan o en la página detallada de su EOB.

- “Individual” es cualquier miembro en un plan de beneficios.
- “Familiar” es dos o más miembros en un solo plan de beneficios.

	1 Máximo del año calendario	2 Usted pagó hasta la fecha	3 Monto restante
4 Deducible individual	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX
	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX
5 Gastos de bolsillo individuales	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX
6 Deducible familiar	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX
	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX
7 Gastos de bolsillo familiares	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX



Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB)

Después de visitar a su proveedor, es posible que usted reciba una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*, EOB) de L.A. Care. Esto es una descripción general de todos los cargos de su visita y cuánto usted y su plan de salud tendrán que pagar. Una EOB NO es UNA FACTURA y permite garantizar que solamente usted y su familia están usando su cobertura. Es posible que reciba una factura del proveedor por separado.

- Máximo del año calendario:** El límite del monto máximo de su plan de beneficios.
- Usted pagó hasta la fecha:** Los montos que usted ha pagado para alcanzar su máximo del año calendario.
- Monto restante:** El monto que tiene restante para alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.
- Deducible individual:** La cantidad de dinero que usted paga por un individuo antes de que su plan empiece a pagar.
- Gastos de bolsillo individuales:** El máximo que usted tendrá que pagar por los servicios individuales de salud cada año.
- Deducible familiar:** La cantidad de dinero que usted paga por su familia antes de que su plan empiece a pagar.
- Máximo de gastos de bolsillo:** El máximo que tendrá que pagar por los servicios de salud cada año calendario. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, su compañía de seguros generalmente paga el 100% de su costo de la atención médica (sujeto a las limitaciones de la póliza).

Esto es un ejemplo de Explicación de Beneficios.

El número de servicio al cliente de L.A. Care está en la parte superior de la página detallada de la EOB.

ESTO NO ES UN FACTURA

Su Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*, EOB) por reclamos pagados por L.A. Care

¿Tiene preguntas sobre su reclamo?
Visite www.lacare.org
o llame al 855.270.2327

5 *Fecha de servicio de: (14-02-2018) Fecha de servicio a: (14-02-2018)*
Apellido del proveedor, nombre del proveedor
Dirección del proveedor
Ciudad del proveedor Estado del proveedor Código postal

Número de reclamo:
Número de reclamo

1 Tipo de servicio	2 Monto facturado	3 Monto autorizado	4 Cargos no cubiertos	4 Monto pagado por L.A. Care	4 Deducible	4 Copago	4 Coseguro	6 Máximo que se le puede facturar	7 Ver notas debajo
VISITA A SALA DE EMERGENCIAS 450	\$250.00	\$200.00	\$0.00	\$200.00	\$0.00	\$50.00	\$XX.XX \$XX.XX \$XX.XX	\$50.00	123
Totales para reclamo n.º 123456789	\$250.00	\$200.00	\$0.00	\$200.00	\$0.00	\$50.00	\$XX.XX	\$50.00	

Facturación Oportuna

El consultorio de su proveedor tiene ciento ochenta (180) días para presentar un reclamo.

Apelaciones Y Quejas

Si tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura de reclamos del plan, es posible que pueda presentar una apelación o una queja. Para realizar preguntas sobre sus derechos, o para obtener ayuda, puede comunicarse con su plan de seguro. Si piensa que se le hizo un cobro por pruebas o servicios que su cobertura debería pagar, guarde la factura y llame al número de teléfono en su tarjeta del seguro o documentación del plan de inmediato. Las compañías de seguros tienen centros de llamadas y de apoyo para ayudar a los miembros del plan.

- 1 Tipo de servicio:** Una descripción de los servicios de atención médica que usted recibió, como una visita médica, análisis de laboratorio o pruebas de detección.
- 2 Monto facturado:** El monto que su proveedor le factura por su visita.
- 3 Monto autorizado:** El monto que se le reembolsará a su proveedor; es posible que no sea lo mismo que los cargos del proveedor.
- 4 Monto pagado por L.A. Care:** El monto que L.A. Care le pagará a su proveedor.
- 5 Apellido, nombre del proveedor:** El proveedor que recibirá algún reembolso por el reclamo.
- 6 Máximo que se le puede facturar:** El monto que el paciente debe después de que L.A. Care haya pagado todo lo demás. Es posible que usted ya haya pagado una porción de este monto y los pagos hechos directamente a su proveedor no puedan ser restados de este monto.
- 7 Ver notas** explica más sobre el costo, los cargos y los montos pagados por sus visitas.