

### 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 <b>Deducible individual</b>	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX
	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX
5 <b>Gastos de bolsillo individuales</b>	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX	Médico+receta \$X.XX
6 <b>Deducible familiar</b>	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX	Médico \$X.XX
	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX	Receta \$X.XX
7 <b>Gastos de bolsillo familiares</b>	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](http://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

<b>1</b> Tipo de servicio	<b>2</b> Monto facturado	<b>3</b> Monto autorizado	<b>4</b> Cargos no cubiertos	<b>4</b> Monto pagado por L.A. Care	Deducible	Copago	Coseguro	<b>6</b> Máximo que se le puede facturar	<b>7</b> 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
<b>Totales para reclamo</b> 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.