


Para Comprender la Explicación de Beneficios de Arkansas Blue Cross and Blue Shield

La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits o EOB, por sus siglas en inglés) es un formulario de notificación que le envía Arkansas Blue Cross and Blue Shield después de haber procesado un 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)

<p>1 Patient:</p> <p>2 Member:</p> <p>3 I.D. #</p> <p>4 Group:</p> <p>5 Claim #:</p> <p>6 Date:</p> <p>7 Patient's Account #:</p>	 <p>Arkansas BlueCross BlueShield An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association</p> <p>P.O. Box 2181 Little Rock, Arkansas 72203-2181 LITTLE ROCK 378-2010 1-800-238-8387</p> <p>Explanation of a claim received on: _____ DATE</p> <p>Please use the above information when inquiring about this claim.</p>				
<p>EXPLANATION OF BENEFITS</p> <p>Note: This is the only notice you will receive and should be retained for tax and other insurance purposes.</p>					
8 Type of Service	9 Date(s) of Service From: Through:	10 Reported Charges	11 Allowed Charges	12 Non-Covered Charges	13 Remarks
14 Services provided by:					
15 NON-COVERED CHARGES:			<p>Avoid Claim Processing Delays If you or a family member have obtained additional health coverage or made changes, please notify us immediately. Call 1-800-588-5706 or E-mail information to cob@arkbluecross.com.</p>		
16 LESS PATIENT'S SHARE:					
17 YOU HAVE MET YOUR FAMILY DEDUCTIBLE.					
18 REMARKS:					
Patient:	I.D. #	Claim #	Patient's Account #		
<p>19 How to Appeal a Claim</p> <p>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 Appeals Coordinator, Arkansas Blue Cross and Blue Shield, A Mutual Insurance Company, 601 Gaines Street, Little Rock, Arkansas 72203. Your request must be made within 180 days after you have been notified of the denial of benefits. Your appeal should include your name, your Arkansas Blue Cross 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 60 days after the receipt of your review request.</p>					

Descripción de la Explicación de Beneficios (EOB)

Lo siguiente es una descripción de los puntos enumerados en la EOB. Los números de campo a los que se hace referencia en la muestra de la EOB corresponden a los nombres y descripciones proporcionados a continuación.

NÚMERO DEL CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO
1	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.
2	Miembro	El nombre del titular del contrato que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad aplicables.
3	Número de Identificación (ID)	El número de miembro de la persona que recibe el servicio.
4	Grupo	El Nombre del Empleador
5	Número del Reclamo	El número asignado a este reclamo para propósitos de seguimiento ("tracking")
6	Fecha	La fecha en que fue procesado.
7	Número de Cuenta del Paciente	El número asignado a la cuenta del paciente.
8	Tipo de Servicio	Ésta es una descripción del servicio o suministro proporcionado.
9	Fecha de Servicio	La fecha o fechas en las que se prestó el servicio.
10	Cargos Reportados	Los cargos reportados por el proveedor.
11	Cargos Permitidos	La cantidad generalmente cobrada por un servicio, de la cual se determinará su coseguro, si se aplicare al caso.
12	Cargos No Cubiertos	La cantidad, si la hubiere, por servicios no cubiertos o la cantidad que se sobrepase del cargo permitido.
13	Observaciones	Una explicación de la determinación de pago para un servicio en particular.
14	Proveedor de Servicios	El nombre del médico, hospital o instalación para el cuidado médico que haya prestado los servicios.

15	Cargos No Cubiertos	Los cargos cancelados por el proveedor como deuda incobrable.
16	Menos la Porción a Pagar por el Paciente	Los servicios por los cuales son responsables los pacientes – incluye ciertos cargos no cubiertos y cargos por citas y coseguro.
17	Explicación del Deducible	El estado correspondiente al deducible a pagar dentro de la red y al coseguro máximo por año calendario.
18	Observaciones	Ésta es una explicación de las cantidades no cubiertas.
19	Aclaratoria o Rectificación de Responsabilidad Implícita (“Disclaimer”)	Cómo apelar a un reclamo.