

Información sobre su nueva Explicación de beneficios (EOB)



Miembro: JOHN Q. SMITH Proveedor: JANE R. TAYLOR, MD
 Número de reclamo: 21643287157 Red: MEDICARE ADVANTAGE

Pagado el 2/8/19

TIPO DE SERVICIO – Código de procedimiento Fecha de servicio	Monto facturado	Descuento del proveedor/monto no cubierto	Monto cubierto	Lo que el plan médico pagó	Código(s) de motivo	A cargo del miembro		
						Sin cobertura	Copago	Coseguro
VISITA AL CONSULTORIO – 9921325 23/7/2019	\$155.00	\$79.21	\$76.83	\$50.79	PDC	\$0.00	\$25.00	\$0.00
INYECCIÓN – 96372 23/7/2019	\$65.00	\$48.07	\$17.28	\$16.93	PDC	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Total	\$220.00	\$127.28	\$94.11	\$67.72		\$0.00	\$25.00	\$0.00
El plan médico pagó al proveedor: \$67.72						Monto que usted debe: \$25.00		

Código del motivo	Descripción
PDC	Se aplicó el descuento del proveedor.

La *Explicación de beneficios* muestra cómo su plan procesó un reclamo de su atención reciente. Muestra los reclamos de atención médica, lo que su plan pagó y demás información importante.

Esto es lo que tiene que saber:

- **Monto facturado:** Monto que el proveedor cobró por un servicio.
- **Descuento del proveedor y monto no cubierto:** Descuentos negociados y montos que su plan no cubre. Los proveedores que no forman parte de la red de su plan podrían cobrarle.

- **Monto cubierto:** Monto que queda por pagar después de que se ha aplicado el descuento del proveedor y los cargos no cubiertos. Los beneficios se aplican a este monto.
- **Lo que el plan médico pagó:** Monto que Summit Health pagó por este servicio.
- **Código(s) de motivo:** Información adicional sobre los costos que pueden no estar cubiertos y cómo se procesó su reclamo.

- **A cargo del miembro:** Monto que usted tendría que pagarle al proveedor.
- **Sin cobertura:** Monto que usted tendría que pagarle al proveedor por los cargos no cubiertos.
- **Copago:** Monto fijo que usted paga por un servicio cubierto.
- **Coseguro:** Porcentaje que usted paga del monto por los servicios cubiertos.

continúa al dorso >

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Cliente al 1-844-827-2355. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos disponibles de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto en Navidad y Acción de Gracias. Después del 31 de marzo, nuestro sistema telefónico automatizado atenderá su llamada los sábados, domingos y feriados. Las llamadas a estos números no tienen costo.

[yoursummithealth.com](https://www.yoursummithealth.com)

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)