

# Como leer una EOB

Utilice el glosario alfabético de términos que aparece debajo para recibir ayuda para la comprensión de su Explicación de Subsidios (Explanation of Benefits o EOB).

## Muestra de una EOB

EXPLANATION OF BENEFITS													
INSURED: Jane A Doe			GROUP: Main Street Café, LLC				GROUP ID: 12345678			DATE: 3/1/2008			
FOR SERVICES FROM TO	TYPE OF SERVICE	PROC CODE	TOTAL CHARGES	NON-COVERED CHARGES	DEDUCTIBLE	PROVIDER DISCOUNT	REMAINING COVERED CHARGES	CO-PAY	PATIENT RESPONSIBILITY	TOTAL BENEFIT	BENEFIT PAID TO PROVIDER	COMMENTS 1	
PATIENT: Jane A Doe			CLAIM: 081234567800										
PROVIDER: Matthew J Smith MD			PAYEE: Matthew J Smith MD										
0213	021308	Office Visit	99212	100.00	0.00	50.00	5.00	45.00	9.00	10.00	85.00	85.00	PDC
0213	021308	Lab Service	81005	20.00	0.00	0.00	2.00	18.00	0.00	0.00	18.00	18.00	PDC
TOTALS				120.00	0.00	50.00	7.00	63.00	9.00	10.00	103.00	103.00	
COMMENTS: 2													
<ul style="list-style-type: none"> <li>If you are covered by more than one health plan benefit, you or your provider should file all your claims with each plan. PDC Provider discount has been applied.</li> </ul>													
Jane A Doe			has met \$	200.00 of the \$	200.00 patient deductible				for the 2008 benefit year.				
			has met \$	0.00 of the \$	1000.00 in-network out-of-pocket maximum				for the 2008 benefit year.				
			has met \$	0.00 of the \$	2000.00 out-of-network out-of-pocket maximum				for the 2008 benefit year.				
The Family			has met \$	200.00 of the \$	600.00 patient deductible				for the 2008 benefit year.				
			has met \$	0.00 of the \$	3000.00 in-network out-of-pocket maximum				for the 2008 benefit year.				
			has met \$	0.00 of the \$	6000.00 out-of-network out-of-pocket maximum				for the 2008 benefit year.				

**Subsidio pagado al proveedor:** La cantidad total de dinero pagada al proveedor por los servicios prestados.

**Reclamación:** El número de reclamación generado por nuestro sistema.

**Comentarios 1:** Solo para uso interno de Moda Health; favor de referirse a los comentarios escritos en la parte inferior de la página.

**Comentarios 2:** La explicación de los códigos enlistados y de otra información sobre sus subsidios.

**Copago:** La cantidad que usted debe sobre el resto de cargos cubiertos pendientes después de que se hayan aplicado los subsidios de su plan.

**Deducible:** Cargos que han sido aplicados al deducible de su plan. Cualesquiera cantidades enlistadas en esta columna son de su responsabilidad y restadas a los cargos cubiertos pendientes antes de que se apliquen los subsidios.

**Para los servicios desde hasta:** La fecha en que el servicio fue proporcionado.

**Cargos no cubiertos:** Cantidad (si la hubiera) que no es un cargo cubierto, y está siendo rechazado.

**Paciente:** El nombre del paciente.

**Responsabilidad del paciente:** Cantidad que usted responsable de pagar a su proveedor, la cual es el total de cargos no permitidos (cargos no cubiertos por Moda Health), cargos aplicados a su deducible y a sus copagos.

**Beneficiario:** El proveedor, suscriptor o centro de atención médica que reciba el pago.

**Código de procedimiento:** El número del código de procedimiento. No es obligatorio y podría no aparecer.

**Proveedor:** El nombre del proveedor (dentista, médico, enfermera autorizada para expender recetas médicas, etc.) al que el paciente ha consultado.

**Descuento del proveedor:** Cantidad que usted ahorró al utilizar un proveedor de la red. Utilizar un proveedor de la red le ayuda a reducir sus gastos extra.

**Cargos cubiertos pendientes:** Cantidad menos cualquier cargo no permitido que fue aplicada a su deducible y al descuento del proveedor. Los subsidios de su plan son aplicados a la cantidad enlistada en esta columna.

**Subsidio total:** La cantidad total que Moda Health pagará por estos servicios.

**Cargos totales:** La cantidad cargada por estos servicios.

**Tipo de servicio:** Una descripción del servicio realizado.

