

## CÓMO LEER UNA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE AMBETTER HEALTH 2.0

Exención de responsabilidad: Toda la información de salud protegida (PHI) y la información personal identificable (PII) de los siguientes ejemplos es anónima.

Los campos numéricos en la siguiente tabla se corresponden con los números de las imágenes de la EOB.

#	Descripción
<b>Portada de la EOB</b>	
1	Dirección remitente del plan de salud
2	Dirección del miembro
3	Número de teléfono de Servicios al Cliente
4	Fecha de ejecución: Cuando se imprimió la EOB
5	Identificación (ID) de miembro: Coincide con el número de miembro de Amisys
6	Nombre del miembro
A	Divulgación sin papel y código QR (Mejora 2.0)
<b>Página de resumen de importes de la EOB</b>	
7	Responsabilidad del plan de salud: Importe total que el plan le paga a los proveedores por esta EOB
8	Costo compartido del miembro: Importe total que paga el miembro por esta EOB
9	Cargos rechazados: Importe total rechazado para esta EOB
<b>Información del título de la reclamación</b>	
10	Nombre del proveedor
11	Estado en la red: Dentro de la red significa un proveedor participante y Fuera de la red significa un proveedor no participante
12	Número de reclamación
<b>Información de la línea de servicio</b>	
13	Detalles del servicio: Información de la reclamación: Esta sección muestra los detalles de todas las líneas de servicio relacionadas con la reclamación
14	Número de línea de servicio: Las líneas de servicio que terminan en 00 representan una línea de servicio original. Las líneas de servicio que terminan en números impares (01, 03, etc.) representan que el dinero de la línea de servicio está siendo recuperado. Las líneas de servicio que terminan en números pares (02, 04, etc.) representan una línea de servicio ajustada.
15	Fecha de inicio del servicio: La fecha en que comenzó el servicio
16	Fecha de finalización del servicio: La fecha en que finalizó el servicio

17	Código de servicio: Código de procedimiento o diagnóstico
#	Descripción
<b>Información de la línea de servicio (continuación)</b>	
18	Descripción del servicio
19	Cargos facturados: Importe facturado por el proveedor por el servicio
20	Cantidad permitida: Cantidad que Centene tiene que pagar contractualmente por el servicio
21	Cargos no permitidos: Importe del descuento contractual por el servicio
22	Cargos rechazados: Importe rechazado por el servicio
23	Otros importes permitidos del seguro: Importe que la otra compañía de seguros debe pagar contractualmente por el servicio
24	Otro seguro pagado: Importe que la otra compañía de seguros pagó por el servicio
25	Impuesto pagado: Importe del impuesto pagado por el servicio
26	Interés pagado: Importe del interés pagado en el servicio
27	Estado de la línea de reclamación: Indica si la línea de servicio se ha pagado o no
28	Fecha de pago: La fecha en que se pagó la línea de servicio. La reclamación se ajustó si existen varias fechas. Las líneas de servicio con fechas de pago anteriores también pueden haber sido enviadas en una EOB anterior.
29	Otras reducciones a la cantidad permitida: Los descuentos, retenciones y los montos de riesgo capitado reducen el importe que se pagará
30	Importes del costo compartido del miembro: El copago, el coseguro y el monto aplicado al deducible son importes que el miembro debe por el servicio.
31	Descuentos y retenciones: Total de tarifas por presentación tardía, descuentos por pronto pagos y otros descuentos.
32	Monto de riesgo capitado

<b>33</b>	Copago por el servicio que debe el miembro
<b>#</b>	<b>Descripción</b>
<b>Información de la línea de servicio (continuación)</b>	
<b>34</b>	Coseguro por el servicio que debe el miembro
<b>35</b>	Aplicado al deducible: Monto aplicable al deducible por el servicio que debe el miembro
<b>36</b>	Códigos de explicación: Códigos asignados a cada línea de servicio que representan cómo y por qué se procesó la reclamación (específicos de Centene)
<b>37</b>	Importe neto de pago por línea de reclamación: El importe neto que pagó Centene por el servicio
<b>Importes subtotales de la reclamación</b>	
<b>38</b>	Resumen de la reclamación neta: Esta sección muestra los importes totales de la reclamación
<b>39</b>	Total de cargos facturados por la reclamación
<b>40</b>	Total de cargos permitidos por la reclamación
<b>41</b>	Total de cargos rechazados por la reclamación
<b>42</b>	Total de otros pagos del seguro y otras reducciones de la cantidad permitida: Total del #26 y #31 para la reclamación
<b>43</b>	Total de cantidad permitida adicional: Total del #27 y #28
<b>44</b>	Total de importes del costo compartido del miembro: Total del #32 para la reclamación
<b>45</b>	Pago del plan de salud: Total del #39 para la reclamación
<b>Descripciones de los códigos de explicación</b>	
<b>46</b>	Códigos de explicación de pago, denegación y ajuste para esta Explicación de Beneficios: Esta sección enumera todos los códigos de explicación del #38, los códigos CARC y RARC correspondientes (si procede) y ofrece una descripción de todos los códigos

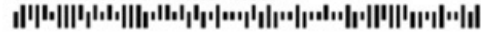
<b>#</b>	<b>Descripción</b>
<b>Descripciones de los códigos de explicación (continuación)</b>	
<b>47</b>	Códigos de explicación (EX): Códigos asignados a cada línea de servicio que representan cómo y por qué se procesó la reclamación (específicos de Centene)
<b>48</b>	Código CARC: Códigos de motivo del ajuste de la reclamación, códigos estándar del sector que Centene ha asignado a sus códigos EX
<b>49</b>	Código RARC: Códigos de aviso de pago, códigos estándar del sector que Centene ha asignado a sus códigos EX
<b>Información de Accumulator</b>	
<b>50</b>	Año de beneficios: La EOB mostrará el año de beneficios actual y anterior, si corresponde
<b>51</b>	Deducible aplicado del año hasta la fecha
<b>52</b>	Límite de deducible anual
<b>53</b>	Deducible restante dentro de la red
<b>54</b>	Aplicado al máximo de gastos de bolsillo del año hasta la fecha
<b>55</b>	Límite de gastos de bolsillo anual
<b>56</b>	Gastos de bolsillo restantes dentro de la red
<b>57</b>	Copagos aplicados del año hasta la fecha
<b>58</b>	Coseguro aplicado del año hasta la fecha
Accumulator Innot mostró la formación Nota: Los límites familiares y fuera de la red pueden consultarse en el portal para miembros.	
<b>Facturas médicas inesperadas</b>	
<b>Divulgación de 2 páginas para los derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas</b>	

Ambetter Health  
123 Street Rd  
City, State 12345

1

SERVICIO ELECTRÓNICO SOLICITADO

00 141 102519 538437107 85224 4092 92



JOHN DOE  
1234 MEMBER RD APT B  
CHANDLER, AZ. 85224-4092

2



## EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

Una EOB es una declaración en la que se muestra cómo se procesaron las reclamaciones. **Este documento no es una factura.** Es posible que sus proveedores le facturen directamente los montos que usted adeude. **GUARDE ESTE DOCUMENTO A MODO DE REGISTRO.**

1-888-555-5555  
(TTY/TDD 1-888-111-1111)

3

Fecha de la EOB: 7/5/2020

4

Identificación (ID) del miembro: U1234567801

5

Nombre del miembro: JOHN DOE

6



**DÍGALE ADIÓS AL PAPEL.** Es rápido, práctico y oportuno. Ingrese en [member.ambetterhealth.com](https://member.ambetterhealth.com) y actualice todas sus preferencias de comunicación en el portal o escanee el siguiente código QR.



**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

**Este documento no es una factura**  
**EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DEL MIEMBRO**

**Identificación (ID) de miembro:** U1234567801 **5**  
**Nombre del miembro:** JOHN DOE **6**

**4** **Fecha de la EOB:** 7/5/2020

<b>Responsabilidad del plan de salud</b>	<b>7</b> <b>\$0.00</b>
Importe total indicado en esta EOB que el plan pagará al proveedor por servicios cubiertos Es el monto que le pagamos a su proveedor por las reclamaciones enumeradas en esta Explicación de beneficios.	
<b>Costo compartido del miembro</b>	<b>8</b> <b>\$97.86</b>
Importe del costo compartido total indicado en esta EOB que el miembro adeuda por servicios cubiertos Es posible que usted ya le haya pagado la totalidad o parte de este importe al proveedor. Le recomendamos que compare esta Explicación de beneficios con las facturas del proveedor para asegurarse de que el proveedor le facture únicamente el importe que usted adeuda.	
<b>Cargos rechazados</b>	<b>9</b> <b>\$1,128.20</b>
Total de cargos rechazados indicado en esta EOB Los cargos rechazados pueden anularse o apelarse según el motivo del rechazo. Consulte el detalle de las reclamaciones más adelante para ver las explicaciones de los rechazos. En el caso de algunos rechazos, se requiere que los proveedores envíen una reclamación corregida o documentos adjuntos adicionales para que se reconsideren. Para obtener más información, consulte el paquete de apelaciones de atención de salud.	

Si hay un monto negativo en esta EOB, significa que hubo un ajuste.

Al final de esta EOB, puede encontrar un resumen de su costo compartido, incluido el deducible y los gastos de bolsillo del año hasta la fecha. Ingrese en nuestro portal seguro para miembros Ambetter.com o llame al 1-888-555-5555 para conocer el deducible familiar e individual y los montos máximos actuales.

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

Información sobre su Explicación de beneficios (EOB)

Explicación del costo compartido del miembro

**Explicación del costo compartido del miembro**

*Esta página explica el costo compartido del miembro para las reclamaciones que se presentan por primera vez y los ajustes de proveedores dentro y fuera de la red. Esta información es exigida por el estado y es estándar para todas las EOB de un mercado concreto. Esta información varía ligeramente de un mercado a otro.*

*Esto incluye información sobre la Ley de Facturación Sin Sorpresas.*

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

### Información sobre su derecho a presentar una apelación

Tiene derecho a presentar una apelación de atención de salud.

### Información sobre su derecho a presentar una apelación

*Esta página explica los derechos de apelación del miembro y proporciona los pasos a seguir para presentar una apelación. Esta información es exigida por el estado y es estándar para todas las EOB de un mercado concreto. Esta información varía ligeramente de un mercado a otro.*

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

Identificación (ID) de miembro: U1234567801

Fecha de la EOB: 7/5/2020

Nombre del miembro: JOHN DOE

Nombre del proveedor: STATE IMAGING CO

Estado en la red: Dentro de la red

Número de reclamación: T153CC874265

## Detalle del servicio: Información de la reclamación (T153CC874265)

Número de línea	Fecha de inicio del servicio	Fecha de finalización del servicio	Código del servicio	Descripción del servicio
0100	4/3/2019	4/3/2019	73221	MRI CUALQUIER ART EXTR SUP
0101	4/3/2019	4/3/2019	73221	MRI CUALQUIER ART EXTR SUP
0102	4/3/2019	4/3/2019	73221	MRI CUALQUIER ART EXTR SUP
0103	4/3/2019	4/3/2019	73221	MRI CUALQUIER ART EXTR SUP
0104	4/3/2019	4/3/2019	73221	MRI CUALQUIER ART EXTR SUP

Número de línea	Cargos facturados	Cargos permitidos	Cargos no permitidos (descuento por contrato)	Cargos rechazados	Otros montos permitidos del seguro	Otros pagos del seguro	Impuesto pagado	Interés pagado	Estado de la línea de reclamación	Fecha de pago (si las fechas son diferentes, se ha ajustado la reclamación)
0100	\$1,128.20	\$203.13	\$925.07	\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	No pagada	6/9/2020
0101	-\$1,128.20	-\$203.13	-\$925.07	-\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	No pagada	6/22/2020
0102	\$1,128.20	\$203.13	\$925.07	\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	No pagada	6/22/2020
0103	-\$1,128.20	-\$203.13	-\$925.07	-\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	No pagada	7/2/2020
0104	\$1,128.20	\$203.13	\$925.07	\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	No pagada	7/2/2020

Otras reducciones de la cantidad permitida			Montos del costo compartido del miembro			Códigos de explicación (consulte las descripciones en "Resumen de reclamación neta")	Importe neto de pago por línea de reclamación (tras la retención de la responsabilidad del miembro)
Número de línea	Descuentos y retenciones	Monto de riesgo capitado	Copago	Coseguro	Aplicado al deducible		
0100	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	A1	\$0.00
0101	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	JU	\$0.00
0102	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	A1	\$0.00
0103	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	JU	\$0.00
0104	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	A1,QM	\$0.00

## Resumen de la reclamación neta (T153CC874265)

Montos adeudados por el miembro						Pago del plan de salud	
Todas las líneas	Total de cargos facturados	Total de cargos permitidos	Total de cargos rechazados	Total de otros pagos del seguro y otras reducciones de la cantidad permitida	Total de cantidades permitidas adicionales (impuesto pagado e interés pagado)	Total de montos del costo compartido del miembro	Monto de pago neto o recuperado de esta reclamación (los montos negativos indican que hubo una recuperación)
	\$1,128.20	\$203.13	\$1,128.20	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

Identificación (ID) de miembro: U1234567801 5

4 Fecha de la EOB: 7/5/2020

Nombre del miembro: JOHN DOE 6

Códigos de explicación de pago, rechazo y ajuste para esta Explicación de beneficios 46

Códigos de explicación de pago, rechazo o ajuste utilizados en una o más de las reclamaciones mencionadas	
Código EX 59 47 Código CARC 59 48	PAGO: SERVICIOS REEMBOLSADOS DE ACUERDO A MÚLTIPLES PAUTAS DE PROCEDIMIENTO Procesado en función de una regla de procedimiento múltiple o concurrente. (Por ejemplo, cirugía múltiple, diagnóstico por imagen, anestesia concurrente).
Código EX 01 47 Código CARC 1 48	SE APLICÓ EL DEDUCIBLE Monto del deducible
Código EX 91 47 Código CARC 45 48	REEMBOLSO SEGÚN LA LISTA DE TARIFAS O LAS TARIFAS CONTRATADAS El cargo supera el monto de la lista de tarifas o el monto máximo permitido, o el acuerdo de tarifas legisladas o contratadas.
Código EX A1 47 Código CARC 197 48	RECHAZADO: NO HAY REGISTROS DE AUTORIZACIONES PREVIAS PARA EL SERVICIO FACTURADO Autorización previa/autorización/notificación/tratamiento previo ausente.
Código EX JU 47	AJUSTE REALIZADO A LA RECLAMACIÓN PRESENTADA ANTERIORMENTE
Código EX QM 47 Código CARC 246 48 Código RARC N572 49	RECHAZADO: NO HAY REGISTROS DE AUTORIZACIONES PREVIAS PARA EL SERVICIO FACTURADO Autorización previa/autorización/notificación/tratamiento previo ausente. Este procedimiento no es pagable a menos que se envíen los códigos de notificación no pagables apropiados y los modificadores asociados.

Los códigos de explicación (EX) son específicos de su plan. Los códigos de motivo de ajuste de reclamaciones (CARC) y los códigos de observación de aviso de remesa (RARC), con sus respectivas descripciones, son el estándar común, y los utilizan todos los pagadores.

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.



Identificación (ID) de miembro: U1234567801

5

4

Fecha de la EOB: 7/5/2020

Nombre del miembro: JOHN DOE

6

**Información sobre el deducible y los límites de gastos de bolsillo anuales**

Para obtener la mejor y más actualizada información, ingrese en nuestro portal seguro para miembros Ambetter.com o llame al 1-886-555-5555 para conocer el deducible familiar e individual y los montos máximos actuales.

Planes HMO y PPO: Costo compartido del miembro aplicado al deducible y al máximo de gastos de bolsillo anuales dentro de la red para servicios cubiertos.

50	Año de beneficios	51	Deducible aplicado del año hasta la fecha	52	Límite de deducible anual	53	Deducible restante dentro de la red	54	55	Aplicado al máximo de gastos de bolsillo del año hasta la fecha	56	Límite de gastos de bolsillo anual	Gastos de bolsillo restantes dentro de la red
	2020		\$570.58		\$1,050.00		\$479.42			\$978.36		\$2,700.00	\$1,721.64
	2019		\$925.00		\$925.00		\$0.00			\$2,580.00		\$2,550.00	-\$30.00

Planes HMO y PPO: Costo compartido del miembro aplicado al deducible y al máximo de gastos de bolsillo anuales dentro de la red para servicios cubiertos.

50	Año de beneficios	57	Copagos aplicados hasta la fecha	58	Coseguro aplicado del año hasta la fecha	51	Deducible aplicado del año hasta la fecha	54	Aplicado al máximo de gastos de bolsillo hasta la fecha
	2020		\$120.00		\$287.78		\$570.58		\$978.36
	2019		\$930.00		\$725.00		\$925.00		\$2,580.00

**Este es el final de su EOB. La normativa exige que los miembros reciban en todas las comunicaciones el Aviso de no discriminación y el Aviso nacional de asistencia en otros idiomas que aparecen más adelante.**

**Exención de responsabilidad:** Todas las direcciones, números de teléfono y demás información de contacto son ficticios y no deberían utilizarse para comunicarse con el plan.

## Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas.

Esta divulgación de 2 páginas es obligatoria para informar a los miembros sobre sus protecciones frente a las facturas médicas inesperadas, puede variar por estado.

### Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

#### What is "balance billing" (sometimes called "surprise billing")?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

"Out-of-network" describes providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called "**balance billing**." This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.

"Surprise billing" is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.

#### You are protected from balance billing for:

##### Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after your condition, unless you give written consent and give up your protections not to be billed for these post-stabilization services.

##### Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

Adapted from the CMS Model Disclosures

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

**You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.**

#### When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
- Your health plan generally must:
  - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
  - Cover emergency services by out-of-network providers.
  - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
  - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

If you believe you've been wrongly billed, you may contact CMS at 1-800-985-3059.

Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

Adapted from the CMS Model Disclosures

