¿Qué es una explicación de beneficios (EOB en inglés)?

Una EOB es una página de resumen que muestra cuánto dinero pagó su plan de seguro y cuánto dinero usted debe pagar por un servicio de salud como una visita al consultorio o un examen de laboratorio. Cada vez que use un servicio de salud, recibirá un EOB de su compañía de seguros por correo o por correo electrónico. El EOB no es una factura de cobro.

Una EOB muestra:

La cantidad que su proveedor médico cobró por el servicio

La cantidad que su plan de seguro pagó por el servicio

La cantidad que ahorró por usar a un proveedor en la red de su plan de seguros

La cantidad que usted le adeuda a uno o más proveedores.

Muestra de un EOB

ABC Insurance

Claim received for: John Smith
Reference #: 125411 and 125412
ID: ABC123

THIS IS NOT A BILL.

Claim Detail

ABC Insurance Co. received this claim on January 18, 2016 and finished processing it on January 25, 2016.

Service dates	Type of service	Amount billed	Discount	Amount not covered	Covered amount	Copay/ Deductible	What my ABC plan paid	% paid	Coinsurance	What I owe
01/10/16	Doctor visit	$100.00	$25.00	$75.00	$0.00	$15.00	$0.00		$0.00	$75.00
	X-ray	$25.00	$0.00	$25.00	$0.00	$0.00	$0.00		$0.00	$25.00
	Hospital	$79.00	$25.00	$54.00	$0.00	$0.00	$0.00		$0.00	$54.00
Total:		$204.00	$50.00	$154.00	$0.00	$15.00	$0.00		$0.00	$154.00

¿Qué debo hacer con mi EOB?

1. **Verifique su EOB para cerciorarse de que tiene los servicios de salud prometidos.** Podría enumerar más de un servicio de salud y un proveedor. Por ejemplo, si el médico hizo una prueba de sangre durante su visita, su EOB pueden enumerar la visita al médico y la prueba de laboratorio de sangre como cargos separados.
2. **Verifique su EOB para ver si usted debe dinero a uno o más proveedores.** Si no, los proveedores le enviarán una factura por correo.
3. **Antes de pagar las facturas, compare los montos que aparecen en su EOB con los montos de las facturas de proveedor para cerciorarse que coincidan.** Si ya pagó el copago en el momento del servicio, el proveedor deberá restarlo de la cantidad que le facture.
4. **Llame a la compañía de seguros al número que aparece en el EOB si:**
   - Nota un error, como por ejemplo un cargo por una prueba de laboratorio que no se realizó
   - Usted tiene problemas para entender su EOB
   - El plan de seguro no paga los servicios de salud que usted piensa que deberían cubrir
5. **Conserve su EOBs como constancia de su seguro.** Es posible que tenga acceso al EOB por internet en el sitio web de su plan de seguros.

COVER MISSOURI

Lenguaje de seguros de salud que debe conocer en el EOB.

Estos son los términos que se usan en la mayoría de los EOBs. Su EOBs podría no utilizar todos estos

- **La cantidad permitida, también conocida como la cantidad aprobada, idónea, de cobertura** - Es el monto que un plan de seguros se compromete a pagar a un proveedor dentro de la red para que preste servicios de atención médica a miembros del plan de seguros. Si usted va a un proveedor fuera de la red que cobra más de la cantidad permitida, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

- **Cantidad no cubierta, también conocida como cantidad no idónea** - Es una cantidad que su plan de seguro no paga:
  - Si un proveedor cobra más de la cantidad permitida para un servicio que tiene cobertura, o
  - Si un proveedor le presta un servicio de salud que no está cubierto por su plan de salud.

- **La cantidad que usted debe, también conocida como responsabilidad del Miembro** - Es la cantidad que usted le adeuda a un proveedor después de que el seguro paga lo que le corresponde. El proveedor le enviará el cobro. Si ya pagó el copago en el momento del servicio, el proveedor deberá restarlo de la cantidad que le facture.

- **Ventajas:** Su plan de salud cubre los servicios de atención de la salud o cosas como medicamentos o equipos médicos.

- **Reclamación** - una solicitud de pago que usted o su médico envía a su compañía de seguro de salud cuando usted obtiene un servicio de atención médica, como una visita al consultorio.

COVER MISSOURI

- **Coseguro** - es la parte que a usted le corresponde del costo de los servicios de salud después que haya pagado el deducible anual (ver "deducible"). Una vez que haya alcanzado el deducible, el plan de seguro médico comienza a compartir los costos de la atención a la salud con usted. Por ejemplo, si usted va al médico a una consulta que cuesta $100, su contribución puede ser de $20 y el plan de seguros cubre los restantes US$80.

- **Copago** - Esta es la cantidad fija que debe pagar cada vez que reciba un servicio de salud, por ejemplo, podría tener que pagar $15 cada vez que vaya a una consulta al médico.

- **Deducible** - Es la cantidad que debe pagar de su bolsillo por servicios de atención de salud cada año, por ejemplo, $1.000. Una vez que usted haya alcanzado la cantidad del deducible, el plan comienza a compartir los costos con usted (ver "coseguro").

- **Explicación de beneficios (EOB por sus siglas en inglés) -** una explicación por escrito de su compañía de seguros acerca de una solicitud de pago, o reclamación que ellos hayan recibido de usted o de su proveedor de servicios médicos. Es posible que no reciba un EOB durante 30 días o más después de recibir un servicio médico. El EOB muestra cuánto dinero paga la compañía de seguros y cuanto debe pagar usted (si es el caso) por el servicio o artículo. El EOB no es una factura de cobro. Si usted debe dinero, recibirá una factura de su proveedor de servicios de salud.

- **Descuento del Plan** - La cantidad que ahorra utilizando un proveedor dentro de la red.

- **Proveedor** - un profesional médico o un hospital u otro centro de atención médica que ofrece servicios de salud.

- **Servicio, también conocido como procedimiento -** cuidado de salud que usted haya recibido de un médico, hospital u otro centro de atención médica.

Para conocer más palabras del seguro

Visite por internet: **www.covermissouri.org/rules/terms/**

COVER MISSOURI