

Una guía paso a paso para

Comprender lo que tiene que pagar después de consultar con su proveedor



Definiciones

Su proveedor cobró	La cantidad que su proveedor de atención médica facturó por los servicios recibidos.
Cantidad permitida	La tarifa descontada que hemos negociado con los proveedores y establecimientos médicos en la red por servicios cubiertos, con lo cual usted ahorra dinero cuando recibe atención dentro de la red.
Ahorros para el afiliado	La cantidad que usted ahorra cuando acude a un proveedor o establecimiento dentro de la red.
Su plan pagó	La cantidad pagada por un servicio con base en la cantidad permitida.
Copago	La cantidad fija que paga al proveedor de atención médica al momento de recibir un servicio cubierto. Los copagos pueden variar dependiendo del servicio, la clase de proveedor de atención médica, y si el proveedor se encuentra dentro o fuera de la red. Los copagos no se abonan a la cantidad del deducible ni al límite de gastos médicos permitidos.
Deducible	La cantidad de dinero que usted podría pagar por gastos médicos cubiertos durante un período de beneficios antes de que su plan de seguro médico empiece a pagar por esos gastos. No incluye los copagos, el coseguro, los servicios que el seguro no cubre ni los cargos que sobrepasen el beneficio máximo o la cantidad permitida.
Coseguro	El costo compartido entre nosotros y usted por servicios cubiertos una vez ha cumplido con el deducible correspondiente. Generalmente, las cantidades de coseguro aparecen como un porcentaje.
Otra responsabilidad	Costos fuera de la red, costos por servicios que deberían haber tenido revisión previa o autorización antes de realizarse o cualquier servicio que se excluya de su póliza de seguro.



Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Explicación de beneficios

1 de diciembre de 2011 **Esto no es una factura**

Información del suscriptor

Nombre: John A
Apellido: Doe
ID: W1234567891 **1**

¿Necesita más información?

Encuentre respuestas en Internet en [BlueConnectNC](#)
Servicio al cliente (Lunes – Viernes, 8 a.m - 9 p.m) 1-888-234-2416

Información adicional

Por favor conserve este formulario para su declaración de impuestos. Es posible que su balance no refleje pagos anteriores que hayan efectuado usted u otra compañía de seguro.

La información que aparece en la sección «Resumen del año de beneficios» es la más reciente del período de beneficios de su seguro hasta la fecha de este comunicado. La columna «Cantidad abonada» mostrará el valor total acumulado durante todo el período de beneficios, lo cual puede incluir todo lo que corresponda antes y después de cualquier cambio en los beneficios o dependientes cubiertos a lo largo del período de beneficios actual.

Resumen de su año de beneficios - Para su póliza que comienza 01/01/2010

Plan Blue Options 2	Deducible en la red		Deducible fuera de la red		Gasto de desembolso en la red		Gasto de desembolso fuera de la red	
	Máximo del plan	Cantidad abonada 3	Máximo del plan	Cantidad abonada	Máximo del plan	Cantidad abonada	Máximo del plan	Cantidad abonada
John A	\$500.00	\$500.00	\$1,000.00	\$0.00	\$2,000.00	\$0.00	\$4,000.00	\$0.00
Jane B	\$500.00	\$0.00	\$1,000.00	\$0.00	\$2,000.00	\$0.00	\$4,000.00	\$0.00
Joe C	\$500.00	\$0.00	\$1,000.00	\$0.00	\$2,000.00	\$0.00	\$4,000.00	\$0.00
Familia	\$1,500.00	\$500.00	\$3,000.00	\$0.00	\$6,000.00	\$0.00	\$12,000.00	\$0.00

Estos beneficios requieren que usted o su familia completen el pago máximo, que aparece en la columna titulada «Máximo del plan» antes que el seguro pague una cantidad compartida más alta. Este pago máximo se puede lograr de dos formas: cuando haya llegado al máximo individual, o cuando su familia haya completado el máximo familiar. Los pagos que hagan los afiliados se acreditan tanto a la «Cantidad abonada» individual como la familiar, hasta la cantidad máxima individual. Cuando complete la cantidad máxima familiar, no tendrá que cumplir con los requisitos para completar la cantidad máxima individual. Cuando se llega al máximo individual o familiar, la columna titulada «Cantidad abonada» tendrá la palabra «Cumplida».

Paciente: John A. Doe #: W1234567891 **6**

Detalle de los servicios médicos 4	Su proveedor cobró	Beneficio del afiliado a			Cantidad que su proveedor le puede cobrar					Código de razón (vea abajo)
		Cantidad permitida	Ahorros para el afiliado	Su plan pagó	Copago	Deducible	Coseguro	Otra responsabilidad	TOTAL	
Reclamación #: 01-102510-046-40	\$375.00	\$300.00 5	\$75.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00	
Proveedor: JOHN SMITH Fecha(s): 11/21/2011-11/21/2011	\$250.00	\$200.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$200.00	\$0.00	\$0.00	\$200.00	
Proveedor: JOHN SMITH Fecha(s): 11/21/2011-11/21/2011	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$50.00	\$50.00	ENB
Total para la reclamación # 01-102510-046-40	\$675.00	\$500.00	\$125.00	\$0.00	\$0.00	\$500.00	\$0.00	\$50.00 7	\$550.00	

Qué significan nuestros códigos

ENB Reclamación denegada. El servicio no está cubierto ni por el diagnóstico primario, ni por el código de servicio listado. Puede presentar la reclamación nuevamente con el diagnóstico o código de servicio cubierto correspondiente. Procesaremos la reclamación una vez se reciba la información solicitada dentro del plazo de un año de la fecha de denegación.

Pasos fáciles

para asegurarse de que sus reclamaciones están correctas

1

Durante su consulta con el proveedor

En la red

Cuando reciba atención médica de un proveedor dentro de la red, es decir, un proveedor participante o contratado por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC) para su plan de salud específico, por favor siga estos pasos:

1. Presente su tarjeta del seguro.
2. Pague un copago, si se indica en su tarjeta del seguro. Si no hay un copago listado, dependiendo del doctor, es posible que tenga que pagar parte o la totalidad del balance al momento de la consulta.

No necesita presentar una reclamación.

Fuera de la red

Cuando reciba atención médica de un proveedor fuera de la red, es decir, un proveedor que no ha sido designado como participante o contratado por BCBSNC para su plan de salud específico, por favor siga estos pasos:

1. Presente su tarjeta del seguro.
2. Dependiendo del proveedor, es posible que tenga que pagar parte o la totalidad del balance al momento de la consulta.
3. Pregunte si el doctor presentará una reclamación. De lo contrario, usted tendrá que hacerlo.

Aviso: Algunos planes no cubren consultas fuera de la red. Consulte su manual de beneficios.

2

Después de su consulta con el proveedor

Después de ir al doctor y una vez se presente la reclamación por los servicios médicos proporcionados, BCBSNC le enviará una Explicación de beneficios. Ese documento proporciona información importante sobre las reclamaciones procesadas por BCBSNC.

La explicación de beneficios no es una factura. Es un resumen de los beneficios aplicados a sus reclamaciones. No le envíe pagos al proveedor a menos que reciba una factura directamente de ese proveedor. Siempre, compare la factura del proveedor con la explicación de beneficios para confirmar que los servicios recibidos y los cargos listados están correctos. Guarde todas las explicaciones de beneficios y las facturas de los proveedores para referencia futura.

3

Cómo interpretar su explicación de beneficios

Vea el ejemplo que aparece en la página 2 de este documento para aprender cómo encontrar la información que necesita.

1 Resumen de su año de beneficios

Cuanto de su deducible o coseguro corresponde al período de beneficios actual hasta la fecha de emisión de su explicación de beneficios. Un «período de beneficios» es un período durante el cual debe ocurrir un servicio cubierto para que cumpla con los requisitos de pago.

2 Máximo del plan

El deducible, coseguro o cantidad del límite de gastos médicos permitidos específica para su plan de seguro. Lo que usted debe no puede exceder estas cantidades.

3 Cantidad abonada

La cantidad total de su deducible, coseguro o límite de gastos médicos permitidos que usted ha pagado por el período de beneficios hasta la fecha de emisión de la explicación de beneficios.

4 Número de reclamación

Identifica los servicios específicos que recibió durante una consulta de atención médica.

5 Servicio

Una descripción resumida de la clase de servicio médico proporcionado. Si necesita más información acerca de un servicio en particular, comuníquese con su proveedor de atención médica o con el Departamento de Servicio al Cliente llamando al número que aparece en su explicación de beneficios o en su tarjeta del seguro y oprima 8 para recibir asistencia en español.

6 Código de razón

Indica una explicación que aparece en la sección «Qué significan nuestros códigos» al final de su explicación de beneficios.

7 Total

La cantidad que usted le debe al proveedor

Preguntas frecuentes



Visite



BlueConnectNC.com

Aviso: la sección de afiliados en **BlueConnectNC.com** está disponible únicamente en inglés. Para obtener información en español visítenos en **bcbsnc.com/azul**.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina ha traducido el contenido de sus originales en inglés lo más exactamente posible. Sin embargo, BCBSNC no se hace responsable de errores que puedan aparecer en esta traducción. Los términos en inglés siempre prevalecerán sobre su traducción correspondiente.

©, SM son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. U2751b-sp, 12/14

¿CÓMO
PODEMOS
AYUDARLE?

Pregunta	Respuesta
¿Qué debo hacer si no recibo una factura del proveedor?	Usted podría no recibir una factura del proveedor si ha hecho un copago y BCBSNC cubrió el resto de la factura. Consulte la sección « Cantidad que su proveedor le puede cobrar » de la explicación de beneficios para confirmar si debe algo.
¿Por qué es importante una explicación de beneficios?	La explicación de beneficios puede ayudarle a llevar la cuenta de sus gastos médicos y el historial de sus reclamaciones médicas. Este documento también le ayuda a verificar que los servicios y los cargos están correctos, y así puede comparar la explicación de beneficios y las facturas que recibe del proveedor o establecimiento médico. Si cree que algo está incorrecto, comuníquese con el proveedor de atención médica que presentó la reclamación o con el Departamento de Servicio al Cliente para hablar de la reclamación en cuestión. Además, si no está de acuerdo con alguna decisión específica de beneficios, tiene el derecho de presentar una apelación siguiendo los pasos que aparecen al respaldo de su explicación de beneficios. Puede llamar al número que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro para solicitar una copia de la explicación de beneficios. Además, puede ingresar a la sección de afiliados en BlueConnectNC.com para revisar el historial completo y el estado de sus reclamaciones. La información en la sección de afiliados está disponible únicamente en inglés.
¿Qué debo hacer si recibo múltiples explicaciones de beneficios y facturas de proveedores por el mismo procedimiento, consulta o servicio?	Esta es una situación común si usted recibió atención de varios proveedores. Al recibir las facturas, compare lo siguiente con su explicación de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de servicio • Nombre del proveedor • Servicios y cantidades La cantidad total que usted le paga al proveedor, incluidos los copagos, no debe exceder la cantidad que aparece en la sección « Cantidad que su proveedor le puede cobrar » de la explicación de beneficios, a menos que haya recibido un cheque directamente de BCBSNC. De ser así, deberá pagar la cantidad que aparece en la sección « Su Plan pagó » más el total en la sección « Cantidad que su proveedor le puede cobrar ».
¿Qué debo hacer si la cantidad en la factura del proveedor es diferente a la cantidad que aparece en la sección «Cantidad que su proveedor le puede cobrar» de mi explicación de beneficios?	La cantidad total que usted le paga al proveedor, incluidos los copagos, nunca debe exceder la cantidad que aparece en la sección « Cantidad que su proveedor le puede cobrar » de su explicación de beneficios, a menos que haya recibido un cheque directamente de BCBSNC. Si la cantidad de la factura del proveedor, es menor, pague la cantidad indicada en la factura. Es posible que reciba facturas adicionales por la misma consulta o procedimiento si recibió atención de varios proveedores. Si la cantidad de la factura del proveedor es mayor que la cantidad que aparece en la sección « Cantidad que su proveedor le puede cobrar », llame al número de Servicio al Cliente que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro.

Si tiene preguntas adicionales acerca del proceso de facturación o de la explicación de beneficios, llame al número de Servicio al Cliente que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro y oprima 8 para recibir asistencia en español.

Puede escanear este código de barras con su celular para aprender más acerca de su explicación de beneficios, o visite **bcbsnc.com/eob** para tener acceso a una muestra interactiva de la explicación de beneficios (disponible únicamente en inglés).

