




Comprenda su resumen de la Explicación de Beneficios

Una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) es un resumen que describe los costos que cubrirá su plan por los cuidados o productos médicos que usted reciba. La Explicación de Beneficios se genera cuando usted o su proveedor presentan un reclamo por los servicios que usted recibió. Use esta guía para comprender mejor los detalles de su reclamo, que incluyen cuánto cubrió su plan, cuánto adeuda usted, los saldos que deberá pagar de su bolsillo y demás información.

Oxford Health Plans LLC
UnitedHealthcare - Oxford
4 Research Drive
Shelton, CT 06484
Teléfono: 1-800-444-6222



¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
Visite www.myuhc.com
para consultar toda la información sobre sus reclamos y beneficios.

(Fecha)

JOHN JOHNSON
DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO
POSTAL

1 MIEMBRO/PACIENTE: JOHN JOHNSON
ID DE MIEMBRO: 123456789
NOMBRE DEL GRUPO: ABC COMPANY
NÚMERO DE GRUPO: 1234567

Resumen de la Explicación de Beneficios
Esto no es una factura. No debe pagar. Este documento le notifica que hemos procesado su reclamo.

Resumen del Reclamo
Encontrará información de reclamos detallada en las páginas siguientes.

2

Cantidad en Dólares	Descripción
\$400.00	Cantidad Facturada Cantidad total que su proveedor facturó por los servicios que le prestó.
\$167.35	Cantidad Permitida Máximo disponible para pagar los beneficios cubiertos por su plan.
\$0.00	Pagado por Su Otro Seguro Cantidad que pagó otra compañía de seguros, si corresponde.
\$92.35	Pagado por Su Plan Cantidad que pagó su plan de beneficios de salud.
\$75.00	Total que usted le adeuda al proveedor Parte de la cantidad facturada que usted le adeuda al proveedor. Esta cantidad no refleja ningún pago que usted ya pueda haber realizado en el momento en que recibió cuidado. Esta cantidad podría incluir su deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos. Esta cantidad no incluye ningún pago hecho al suscriptor*. Si se realizó algún pago directamente al suscriptor, usted o el suscriptor es responsable de pagarle al médico, al centro o a otro profesional de cuidado de la salud. <small>*Cuando se aplique la coordinación de los beneficios, esta cantidad incluirá los pagos hechos al suscriptor.</small>



Su Explicación de Beneficios podría tener un aspecto diferente según su plan

- 1 Información del Miembro/Paciente**
Miembro — Nombre de la persona con cobertura de salud de grupo a través de su empleador o de otro patrocinador del plan. Paciente — Nombre de la persona que recibió el cuidado médico.
- 2 Resumen de Reclamos**
Esta sección resume cuánto pagó su plan, los descuentos del plan y cuánto usted podría adeudarle a su proveedor por todos los reclamos incluidos en la Explicación de Beneficios.

Página con el Detalle del Reclamo

Oxford Health Plans LLC
 UnitedHealthcare - Oxford
 4 Research Drive
 Shelton, CT 06484
 Teléfono: 1-800-444-6222



(Fecha)

¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
 Visite www.myuhc.com
 para consultar toda la información sobre
 sus reclamos y beneficios.

Detalle del reclamo de JOHN JOHNSON

ID de miembro: 123456789

Número de Reclamo: XXXXXXXX

Proveedor que Prestó el Servicio: SERVICE CENTER

Número de Cuenta del Paciente: 123456789

NPI del Proveedor que Prestó el Servicio: XXXXXXXXXX

NPI del Proveedor que Facturó: XXXXXXXXXX

Fechas del Servicio	Descripción del Servicio	Código de Ajuste	Cantidad Facturada	Cantidad No Adeudada	Cantidad Permitida	Pagado por Su Otro Seguro	Cantidad Pagada	Su Responsabilidad Detallada con el Proveedor**			
								Deducible	Copago/Coseguro	Paciente No Cubierto	Cantidad que Usted Debe
09/27/2022	VISITA A CONSULTORIO DE PACIENTE ESTABLECIDO, PACIENTE AMBULATORIO, DE 20 A 29 MINUTOS (99213)	CAD571, PP0008	\$400.00	\$232.65	\$167.35	\$0.00	\$92.35	\$0.00	\$75.00	\$0.00	\$75.00
Total del Reclamo:			\$400.00	\$232.65	\$167.35	\$0.00	\$92.35	\$0.00	\$75.00	\$0.00	\$75.00

**Este total no refleja ningún pago/copago que usted haya hecho en el momento del servicio. Antes de realizar un pago, espere a que le llegue una factura del proveedor.

Descripción del Código de Ajuste:

CAD571 - Usted es responsable del copago. Es una cantidad fija que usted paga directamente a un proveedor por un servicio cubierto. Si aún no lo ha hecho, pague la cantidad indicada a su proveedor.

PP0008 - Su proveedor participante (dentro de la red) ha aceptado una tarifa contractual. Usted solamente es responsable de pagar su copago, coseguro o deducible.

DERECHOS DE REVISIÓN Y APELACIÓN

Si este reclamo estuvo o actualmente está en proceso de apelación, ignore la Información sobre Apelaciones para Miembros que se proporciona a continuación y siga las instrucciones que recibió anteriormente por correo.

Si hemos solicitado información adicional para procesar su reclamo, debe enviar dicha información a Member Claim Resubmissions, P.O. Box 31394 Salt Lake City, UT 84131. La información solicitada se debe presentar en un plazo no mayor de 45 días después de la fecha de recepción de este aviso. Una vez recibida la información, decidiremos tomar una prórroga de 15 días por única vez que está permitida conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) y le daremos una respuesta por escrito en un plazo no mayor de 15 días después de la recepción de la información. Si no se presenta esta información en un plazo no mayor de 45 días, se denegará automáticamente este reclamo por falta de información. No se le proporcionará un nuevo aviso. En el caso de que usted no cumpla estos procedimientos en el plazo especificado, pero desee presentar información pertinente fuera del plazo o solicitar una apelación, siga los procedimientos de apelación que se indican a continuación.

Información sobre Apelaciones para Miembros

- 3 Descripción del Servicio**
 Descripción del cuidado proporcionado. El texto del código de observación aparece debajo del cuadro de detalles del servicio.
- 4 Cantidad pagada por su plan**
 Cantidad de beneficios pagados a usted o al proveedor.
- 5 Deducible/Copago/Coseguro/No cubierto**
 Responsabilidad detallada. Esta sección muestra la cantidad que usted le adeuda al proveedor.
- 6 Descripción del Código de Ajuste**
 Esta sección explica por qué un reclamo o una línea de servicio se pagó diferente de lo que estaba facturado.
- 7 Derechos de Revisión y Apelación**
 Esta sección explica que usted tiene derechos de apelación si no está de acuerdo con la información indicada o cree que es incorrecta.

Oxford Health Plans LLC
UnitedHealthcare - Oxford
4 Research Drive
Shelton, CT 06484
Teléfono: 1-800-444-6222



(Fecha)

¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
Visite www.myuhc.com
para consultar toda la información sobre
sus reclamos y beneficios.

El reclamante tiene derecho a solicitar la revisión de una determinación de beneficios adversa. Revise la Explicación de Beneficios para ver los detalles de nuestra determinación del reclamo. Si cree que esta decisión se tomó por error, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión. Su solicitud se debe realizar en un plazo no mayor de 180 días desde la fecha en que recibió este aviso. Envíe su solicitud por escrito a: UNITEDHEALTHCARE SERVICES, INC., Appeals Review, P.O. Box 31393 Salt Lake City, UT 84131. Usted debería incluir cualquier información nueva que desee que tengamos en cuenta.

En un plazo no mayor de 30 días después de recibir la apelación, se notificará la decisión al reclamante o al representante autorizado del reclamante. Si se necesita información adicional para tomar una determinación, se notificará al reclamante o al representante autorizado del reclamante qué información adicional es necesaria, y se procederá a la revisión una vez recibida la información. Si el reclamante o el representante autorizado del reclamante no están satisfechos con el resultado de la primera apelación, pueden presentar una segunda apelación.

Si seguimos denegando el pago o el servicio solicitado, o si usted no recibe una decisión oportuna, es posible que pueda solicitar una revisión externa de su reclamo de parte de un tercero independiente, quien emitirá una decisión definitiva.

Para obtener más información sobre los niveles de apelación disponibles, consulte el Resumen de la Descripción del Plan.

Si el reclamante no queda satisfecho con el resultado de las apelaciones, tiene derecho a presentar una demanda civil conforme a la sección 502(a) de la ley ERISA de 1974.

Se hizo referencia a una regla interna, una pauta, un protocolo u otro criterio similar para tomar esta posible determinación de beneficios adversa. Puede solicitar una copia gratuita de la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar. Si la línea de determinación de beneficios adversa se basó en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, puede solicitarse sin cargo una explicación del criterio científico o clínico en el que se basó la determinación, si no se ha indicado ya. Envíe la solicitud por escrito, que indique la información específica que se solicita, a: **Information Request P.O. Box 31394 Salt Lake City, UT 84131.**

Es posible que haya otros recursos disponibles para ayudarle a comprender el proceso de apelación. Usted puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-44-EBSA(3272).

Oxford Health Plans LLC
UnitedHealthcare - Oxford
4 Research Drive
Shelton, CT 06484
Teléfono: 1-800-444-6222



(Fecha)

¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
Visite www.myuhc.com
para consultar toda la información sobre
sus reclamos y beneficios.

Disponibilidad de los Servicios de Asistencia al Consumidor o del Defensor del Afiliado

Es posible que haya otros recursos disponibles para ayudarle a comprender el proceso de apelación. Si su plan se rige por la ley ERISA, usted puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.askebsa.dol.gov. Si su plan no se rige por la ley ERISA, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia con el Seguro de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789. Su programa estatal de asistencia al consumidor también podría ayudarle:

Office of the Healthcare Advocate
P.O. Box 1543
Hartford, CT 06144
Teléfono: 866-466-4446
Fax: 860-331-2499
Sitio web: www.ct.gov/oha
Correo electrónico: healthcare.advocate@ct.gov

Si su reclamo está sujeto a la Ley Sin Sorpresas, al final de este resumen encontrará información adicional sobre sus derechos.

Si cree que su proveedor le ha facturado erróneamente, puede comunicarse con:

Office of the Healthcare Advocate
P.O. Box 1543
Hartford, CT 06144
Teléfono: 866-466-4446
Fax: 860-331-2499
Sitio web: www.ct.gov/oha
Correo electrónico: healthcare.advocate@ct.gov

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley federal.

Página del Resumen de Cuenta

Oxford Health Plans LLC
UnitedHealthcare - Oxford
4 Research Drive
Shelton, CT 06484
Teléfono: 1-800-444-6222



(Fecha)

¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
Visite www.myuhc.com
para consultar toda la información sobre
sus reclamos y beneficios.

ESTÉ ALERTA AL FRAUDE

El fraude nos perjudica a todos porque tiene como consecuencia el aumento de las primas del seguro y los costos de cuidado de la salud. Compare sus facturas por servicios médicos con su Explicación de Beneficios (EOB) para verificar que todos los servicios se hayan prestado realmente.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho importante de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona también estará sujeta a una sanción civil sin exceder los cinco mil dólares y el valor indicado del reclamo por cada infracción de esa índole.

Si sospecha de actividades fraudulentas, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

Ejemplos de fraude incluyen *la declaración falsa intencional* de cualquiera de los siguientes datos:

- Los cargos por el servicio prestado, el procedimiento practicado o los suministros proporcionados.
- El tipo de servicios prestados, procedimientos practicados o suministros proporcionados.
- Las fechas de los servicios o los tratamientos.
- La condición tratada o el diagnóstico hecho.
- La identidad del proveedor o del miembro.

Resumen de Cuenta

Resumen de Deducibles y Gastos de Su Bolsillo

Periodo de Póliza: 08/01/2022 a 07/31/2023

8

JOHN JOHNSON INDIVIDUAL	Cantidad Anual	Aplicado hasta (-) la Fecha	(=) Saldo Restante
Dentro de la Red			
Deducible	\$4,000.00	\$3,998.00	\$2.00
Gastos de su bolsillo	\$7,900.00	\$4,073.00	\$3,827.00

Oxford Health Plans LLC
UnitedHealthcare - Oxford
4 Research Drive
Shelton, CT 06484
Teléfono: 1-800-444-6222



(Fecha)

¿Tiene más preguntas sobre su reclamo?
Visite www.myuhc.com
para consultar toda la información sobre
sus reclamos y beneficios.

Definiciones de Términos Clave 9

Código de Ajuste: Código que asignamos para describir cómo procesamos una línea del reclamo. Por lo general, el código de ajuste muestra una corrección, un ajuste o una denegación.

Cantidad No Adeudada: Usted no adeuda esta cantidad porque (1) eligió un proveedor de la red que nos hace un descuento permanente, (2) eligió un proveedor fuera de la red que aceptó una cantidad inferior a la facturada, o (3) se trata de una factura sorpresa y la ley le protege de tener que pagarla.

Cantidad Permitida: Máximo disponible para pagar los beneficios cubiertos por su plan. Para un proveedor participante, es una cantidad acordada. Si su plan tiene beneficios fuera de la red, es la cantidad más baja entre la cantidad facturada, la cantidad disponible para el pago según las tarifas y reglas de reembolso fuera de la red del plan, o la cantidad que el proveedor haya acordado aceptar como pago. Para obtener más información, consulte su plan de beneficios de salud, incluido su Resumen de Beneficios.

Cantidad Facturada (Cargos): Cantidad total que su proveedor facturó por los servicios que le prestó.

Pagado por Su Otro Seguro: Cantidad cubierta por su otro plan de salud cuando ese plan de salud es "primario".

Lo que Usted Adeuda: Cantidad que usted es responsable de pagar. Incluye artículos que no están cubiertos por su plan de beneficios de salud, como servicios excluidos, multas, deducibles, coseguros, copagos y, para servicios fuera de la red, cantidades superiores a la cantidad máxima. (La responsabilidad del paciente que se indica en esta Explicación de Beneficios no tiene en cuenta las cantidades pagadas en el momento del servicio).

Número de Reclamo: Número que el sistema le asigna a su reclamo. Se asigna un número de reclamo a cada reclamo.

Coseguro: La parte de la cantidad máxima que usted debe pagar por beneficios cubiertos durante el año del plan. Consulte su Resumen de Beneficios para ver el coseguro. Por lo general, el coseguro (cuando es parte de su plan) no se aplica hasta después de alcanzar el deducible.

Copago: Cantidad que usted debe pagar directamente a un proveedor por beneficios cubiertos dentro de la red en el momento del servicio. Los copagos generalmente se aplican cuando se reciben servicios de proveedores participantes. Consulte su Resumen de Beneficios para ver el copago que corresponde.

Fechas del Servicio: Fecha en que el médico o centro prestó los servicios.

Descripción del Servicio: Breve descripción del servicio médico, suministro o medicamento facturado junto con el código de procedimiento o código de ingresos. Un código de procedimiento es un identificador alfanumérico que se usa para definir el servicio médico, suministro o medicamento facturado. Los hospitales usan códigos de ingresos para informar los servicios prestados - estos códigos tienen tres dígitos.

Deducible: Cantidad que usted debe pagar por beneficios cubiertos durante el año del plan antes de que comencemos a pagar los beneficios cubiertos. Consulte su Resumen de Beneficios para ver el deducible que corresponde. En la mayoría de los casos, se debe alcanzar el deducible antes de que se aplique el coseguro.

Paciente No Cubierto: Un servicio o gasto para el que usted no tiene cobertura según su plan de beneficios de salud.

8 Resumen de Cuenta

Muestra su deducible para el año hasta la fecha y las cantidades máximas.

9 Definiciones de Términos Clave

Esta sección define los términos clave que se usan para explicar el reclamo.

Para ver su Explicación de Beneficios en Internet:

- 1 Inicie sesión en myuhc.com[®]
- 2 Elija **“Claims & Accounts” (Reclamos y Cuentas)** en la parte superior de la página
- 3 Elija **“My claims” (Mis reclamos)**
- 4 Desplácese hacia abajo y elija **“Claim Date of Service” (Fecha de Servicio de Su Reclamo)**
- 5 Elija **“View Details” (Ver Detalles)**
- 6 Elija **“View Explanation of Benefits” (Ver Explicación de Beneficios)**

Inicie sesión hoy mismo y elija recibir documentos electrónicos en unos cuantos pasos sencillos:

Inicie sesión en myuhc.com, visite **“Account Settings” (Configuración de Cuenta)**, luego elija **“Paperless” (Electrónico)**.

Al elegir recibir documentos electrónicos, usted acepta nuestro Aviso de Comunicaciones Obligatorias del Plan.



¿Tiene más preguntas sobre su Explicación de Beneficios? Visite myuhc.com o llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc. Los productos Oxford HMO están asegurados por Oxford Health Plans (CT), Inc. y Oxford Health Plans (NJ), Inc. Los servicios administrativos son prestados por Oxford Health Plans LLC.

B2C EI232030856.0-OXF-SP 3/23 © 2023 Oxford Health Plans LLC. Todos los derechos reservados. 23-2032588

**United
Healthcare
Oxford**