

## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM0011  
Número de página: 2 de 3  
Fecha de vigencia: Febrero de 2017  
Última revisión: Agosto de 2018



### TÍTULO: DECLARACIÓN DE EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DEL AFILIADO

<b>Departamento:</b>	Operaciones – Reclamaciones	<b>Jefe del departamento:</b> (Nombre y firma)	Mychelle Scott <i>Mychelle Scott</i>
<b>Fecha de aprobación:</b>	8/13/18	<b>Fecha de la próxima revisión</b> (12 meses desde la fecha de aprobación)	Agosto de 2019
<b>Cumplimiento/aprobación ejecutiva</b>			
<b>Nombre:</b>	Devona J Williams	<b>Fecha:</b>	8/14/18

**APLICACIÓN:**  MEDICAID     CHIP/ CHIP P     MERC. SEGUROS     OTROS MÉDICOS  
 STAR+PLUS     D    SNP     MMP

#### PROPÓSITO:

Describir y definir el proceso de emitir declaraciones de Explicación de beneficios (EOB) a los miembros.

#### POLÍTICA:

Después de que Community Health Choice (Community) recibe y procesa una reclamación, una EOB se envía por correo al miembro.

La EOB incluye la fecha del servicio, el tipo de servicio prestado, el monto facturado, el monto de descuento, el monto cubierto, el monto del copago/coseguro/deducible, el monto pagado por la compañía de seguros de salud y cualquier saldo que el miembro tenga la responsabilidad de pagar al proveedor. La EOB también incluye el monto máximo de gastos de bolsillo del año a la fecha correspondiente al miembro. Una EOB no es una factura por servicios.

#### DEFINICIONES:

Explicación de beneficios (EOB): una declaración detallada en la que se explican los tratamientos y/o servicios médicos que se pagaron o denegaron según el plan de beneficios del afiliado.

2. **Fechas del servicio:** las fechas en que el miembro recibió el servicio.
3. **Tipo de servicio:** el tipo de servicios o productos que el miembro recibió de su proveedor.
4. **Monto facturado:** el monto total facturado por el proveedor del miembro a su plan de salud.

## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM0011  
Número de página: 2 de 5  
Fecha de vigencia: Febrero de 2017  
Última revisión: Agosto de 2018



5. **Descuento:** en esta sección se detallan los montos que el miembro no necesita pagar.

6. **Monto no cubierto:** la porción del monto facturado que no fue cubierta o no era elegible para el pago según el plan del miembro. Los ejemplos incluyen cargos por servicios o productos que no están cubiertos por el plan del miembro, reclamaciones duplicadas que no son responsabilidad del miembro, montos relacionados por no obtener una aprobación previa para el servicio, y cualquier cargo presentado que supere el monto máximo que el plan del miembro paga por la atención médica recibida fuera de la red.

7. **Monto cubierto:** la porción del monto facturado que está cubierta, menos los descuentos y el monto no cubierto.

8. **Copago:** un monto fijo que el miembro paga por ciertos servicios cubiertos, tales como visitas al consultorio o medicamentos de venta con receta. Los copagos usualmente se pagan en el momento de recibir el servicio  
**Deducible:** el deducible es el monto que el miembro debe pagar cada año por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar beneficios.

9. **Coordinación de beneficios (COB):** se refiere al monto pagado por la aseguradora primaria del miembro.

10. **Pagado por el plan:** es la porción de los cargos elegibles como beneficios, menos el copago del miembro, el deducible, el coseguro, el descuento de la red y el monto pagado por otra fuente, hasta el monto facturado.

11. **Responsabilidad del miembro:** esta sección detalla la parte de la factura que el miembro tiene la responsabilidad de pagar. Este monto puede incluir el copago del miembro, el deducible, el coseguro, cualquier monto por arriba del cargo máximo reembolsable, o los productos/servicios no cubiertos por el plan del miembro.

12. **Código de razón:** cuando se utilizan, estos códigos brindan información general sobre la reclamación. También pueden ofrecer una explicación específica de la actividad que ocurrió en los campos Monto no cubierto, Monto pagado por otra fuente y Monto pagado por el plan.

### PROCEDIMIENTO:

<u>Parte responsable (quién)</u>	<u>Medida</u>	<u>Medidas adoptadas (qué hace)</u>
<u>N/A</u>	N/A	N/A

**MONITOREO: N/A**

## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM0011  
Número de página: 2 de 5  
Fecha de vigencia: Febrero de 2017  
Última revisión: Agosto de 2018



### INFORMES:

Nombre del informe	Frecuencia del informe	Propietario
N/A	N/A	N/A

**Anexos:** Anexo A: ejemplo de explicación de beneficios

# POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM0011  
Número de página: 2 de 5  
Fecha de vigencia: Febrero de 2017  
Última revisión: Agosto de 2018



## Anexo A

**Community Health Choice**  
P.O. Box 301424  
Houston, TX 77230-1424



U10100121

### Servicio electrónico solicitado

Página: 1 de 1

### Mercado de Seguros Médicos

Fecha del estado de cuenta: 09/26/2015

27444 0.3584 SP 0.500

Nombre del miembro  
Dirección  
Estado, código postal

### Suscriptor:

**Id. del suscriptor:** OOOOXXXXXX  
**Nombre del plan:** Community Care Gold Limited Cost  
**Actividad de reclamación para:**  
**Id. de miembro:** OOOOXXXXXX XX

## EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS: ESTA NO ES UNA FACTURA Consérvela para referencia futura.

**2** Nombre del proveedor: North Houston Clinica    Fecha de servicio: 9/24/2015 - 9/24/2015    Número de reclamación: 111111222222

Fecha de servicio	Tipo de servicio	Monto Facturado	Descuento	Monto no cubierto	Monto cubierto	Copago/ deducible	COB	Pagado por el plan	Responsabilidades del miembro	Código de razón
09/24/15	Servicios Profesionales	\$182.00	\$79.08	\$0.00	\$102.92	\$60.00	\$0.00	\$42.92	\$60.00	

Pago enviado a: North Houston Clinic monto \$42,92

### Explicaciones de código de razón

Gastos de bolsillo para este año del plan	Límite	Año a la fecha
Deducible individual	\$0.00	\$0.00
Deducible familiar	\$0.00	\$0.00
Gastos de bolsillo individual	\$0.00	\$0.00
Gastos de bolsillo familiar	\$0.00	\$0.00

A  
c  
c  
//

Los límites de formulación que SE muestran corresponden a la fecha de la declaración anterior. Inicie sesión en [www.chchealth.org](http://www.chchealth.org) para obtener la información más actualizada.

Envíe su apelación por escrito, junto con una copia completa de la Explicación de Beneficios (EOB) a la siguiente dirección:

**Community Health Choice, Inc.**  
**Appeals Department**  
**PO Box 301412**  
**Houston, TX 77230-1412**

Si tiene alguna pregunta o no está de acuerdo con esta determinación de beneficios, tiene derecho a una revisión (apelación).

Para obtener una revisión, usted o su representante autorizado deben llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación de miembro o enviar una solicitud por escrito al Departamento de Apelaciones, a la dirección indicada más arriba. Su solicitud debe incluir el nombre del grupo, su nombre, identificación de miembro, dirección y su fecha de nacimiento, y otra información de identificación indicada en esta EOB,

## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Política n.º: 2018CLM0011  
Número de página: 2 de 5  
Fecha de vigencia: Febrero de 2017  
Última revisión: Agosto de 2018



---

junto con cualquier comentario, registros documentados u otra información que usted desearía que se considere, ya sea que se presente o no en relación con la reclamación inicial. También puede revisar los documentos relevantes para su reclamación. Las solicitudes verbales o por escrito para la revisión de una determinación adversa se deben presentar, enviar por correo o entregar dentro de los 180 días a partir de la fecha indicada en esta explicación de beneficios o de un período más extenso, tal como esté especificado en el documento de su plan o Descripción resumida del plan.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al **713-295-6704** O al **1-855-316-5386**.