

# Guía rápida para la declaración de su Explicación de beneficios

## Detalles de la declaración de su EOB

- 1 Identifica para quién es esta declaración de su EOB.
- 2 Resume las reclamaciones por médico, hospital u otro proveedor de atención médica de la siguiente manera:
- A Esto representa la cantidad presentada a Blue Cross en la reclamación.
- B Esto es lo que ahorró por ser miembro de Blue Cross.
- C Esto es lo que pagamos y los montos que pagaron sus otros seguros.
- D Esto es lo que usted paga. Es posible que ya haya pagado este monto o que todavía lo adeude. Nunca se le debería pedir que pague más que este monto.
- 3 Muestra los saldos hasta la fecha para los deducibles y los gastos máximos a su cargo correspondientes a su período actual de beneficios.
- 4 Información importante sobre su cobertura, consejos para reducir los costos de atención médica y formas de mejorar la salud en general.

La declaración de su Explicación de beneficios (EOB) le muestra los costos asociados con la atención médica que ha recibido. Cuando se presenta una reclamación en virtud de su plan de beneficios, recibirá una EOB en la que se mostrará lo que se facturó, los descuentos de Blue Cross, lo que pagamos y lo que usted paga.

### EXPLANATION OF BENEFIT PAYMENTS

THIS IS NOT A BILL



A nonprofit corporation and independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

---

**Statement Date :** 05/05/23

---

007012345-1234  
JOHN MEMBER  
900 POTTERY CIRCLE  
WISHING WELL MI 99999-9999

**Customer Service**  
**Web:** View your benefits and manage your plan online at [bcbsm.com](http://bcbsm.com)  
**Call:** 1-888-999-9999 TTY 711

---

**1**

**Patient Name:** JOHN MEMBER  
**Patient Born In:** AUGUST 1952  
**Subscriber Name:** JOHN MEMBER  
**Subscriber ID:** \*\*\*\*\*2345  
**Group Name:** COMPANY NAME  
**Group Number:** 007012345-1234  
**Coverage:** MEDICAL

**Web:** BLUE CROSS BLUE SHIELD OF MICHIGAN  
SECS - WRITTEN, MAIL CODE X300  
CUSTOMER SERVICE CENTER  
ANYTOWN, MI 99999-9999

**For suspected fraud, call 1-800-482-3787. TTY 711**

---

**2**

**Claim Summary** (for Claim Detail, see below)

|                                                | A Total Charges | B minus Discount * | C minus Blue Cross Paid | D minus Other Insurance Paid | equals Amount You Pay |
|------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Hospital, Doctor or Other Health Care Provider | \$ 66.00        | \$ 41.26           | \$ 19.79                | \$ 0.00                      | \$ 4.95               |
| DOCTOR A                                       | \$ 66.00        | \$ 41.26           | \$ 19.79                | \$ 0.00                      | \$ 4.95               |

\* Blue Cross discounts are negotiated with hospitals, doctors and other health care providers which saves you money.

---

**3**

**Summary of Deductibles and Out-of-pocket Maximums**  
(For more detail on your current balances, log in at [bcbsm.com](http://bcbsm.com) or our mobile app. Click on My Coverage, then Medical.)

**BENEFIT PERIOD:** Jan. 01, 2023 through Dec. 31, 2023

**Totals for JOHN MEMBER**

|                                                                                                    |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>In-network out-of-pocket maximum:</b> \$ 5,000.00<br><b>Amount applied to date:</b> \$ 1,802.35 | <b>In-network out-of-pocket maximum:</b> \$ 2,500.00<br><b>Amount applied to date:</b> \$ 1,802.35 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                                                       |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>In-network deductible:</b> \$ 1,125.00<br><b>Amount applied to date:</b> \$ 375.00 | <b>In-network deductible:</b> \$ 375.00<br><b>Amount applied to date:</b> \$ 375.00<br><small>Patient deductible is met.</small> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

**4**

**Helpful Information**

All Explanation of Benefit statements now show only the last four digits of your enrollee ID. We hide the first five digits with \*\*\*\*\*. Your privacy is important to us, and this is one way we're working hard to protect it. We suggest you have your Blue Cross ID card ready if you call us.



Confidence comes with every card.®

La declaración que se muestra es general y solo para fines ilustrativos. Su declaración real puede tener un aspecto ligeramente diferente según su plan de beneficios.

**5** Esta sección muestra información detallada sobre cada reclamo que procesamos.

Proporciona detalles adicionales sobre los tipos de costos compartidos que se aplican al reclamo. La suma de todos los reclamos en esta sección para el mismo proveedor debe coincidir con los números en la sección Resumen de reclamos.

**E** Información que su proveedor incluye en el reclamo para identificar el servicio médico que recibió.

**F** El número único que Blue Cross asigna a un reclamo. Puede mencionar este número si necesita llamarnos por este reclamo.

## EXPLANATION OF BENEFIT PAYMENTS THIS IS NOT A BILL



Statement Date : 05/05/23

| 5 Claim Detail                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Subscriber ID: *****2345                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Patient: PAUL MEMBER |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Provider Name:</b> DOCTOR A<br><b>Provider Status:</b> PARTICIPATING<br><b>Service Dates:</b> 04/11/23<br><b>Service Type:</b> OTHER MEDICAL SERVICES<br><b>Procedure:</b> INJ IRON DEXTRAN<br><b>Procedure Code:</b> J1750<br><b>Claim Received:</b> 04/18/23<br><b>Claim Number:</b> 999999999999999 | <b>Total charge</b> ..... \$ <b>66.00</b><br><br><b>Amount approved by Blue Cross for this service</b> ..... <b>24.74</b><br><b>In-network coinsurance you pay</b> ..... <b>4.95</b><br><b>Your plan paid this provider on 04/22/16</b> ..... <b>19.79</b><br><b>Discount</b> ..... <b>41.26</b><br><b>Total covered</b> ..... \$ <b>61.05</b><br><br><b>Amount You Pay</b> ..... \$ <b>4.95</b> |                      |

La página 2 de su declaración muestra sus derechos de apelación y lo que puede hacer si no está de acuerdo con alguna de las decisiones de beneficios tomadas para un reclamo. También puede encontrar definiciones de los términos utilizados en la declaración.

### Important information you should know about your Explanation of Benefit Payments statement

#### Your appeal rights

If this statement shows a balance for a reduced or denied service, and you disagree with the amount, Customer Service might be able to help. The phone number is on the back of your ID card and the top right corner of page 1 of this form.

If you ask, we must give you access to and copies of the documents related to your claim. We won't charge you for the copies. Within the limits of other privacy laws that we must obey, we'll share treatment and diagnosis codes with you. We'll also include the meaning of the codes reported by health care providers.

To request an internal appeal when you disagree with our decision, we must get a written request no more than 180 days after you receive this notice.

#### Help with terms you might see on this statement

**Amount approved** – Our maximum payment allowed for a service. For some patients, this amount is decided by Medicare or other insurers.

**Amount you pay** – This amount is your share of the cost for health services and is based on the benefits in your Blue Cross health care plan. Your health care provider should not ask you to pay more than this amount.

**Benefit period** – The time period (usually one year) during which your deductibles and coinsurance accumulate.

**Blue Cross paid** – The amount we paid based on the benefits in your health care plan. We tell you who we sent the payment to and when.

Gracias por tomarse el tiempo de familiarizarse con la declaración de su Explicación de beneficios. Si tiene preguntas, llame al número que aparece en el frente su declaración.



Inicie sesión en **bcbsm.com** para ver una imagen personal de su cobertura, incluidos los reclamos recientes, saldos de deducibles y coseguros, y otra información.

Además, cuando se **inscribe para recibir declaraciones de EOB electrónicas**, evitará el desorden y recibirá una notificación por correo electrónico cuando hay una nueva declaración disponible en línea. Es sencillo. Inicie sesión en **bcbsm.com**.