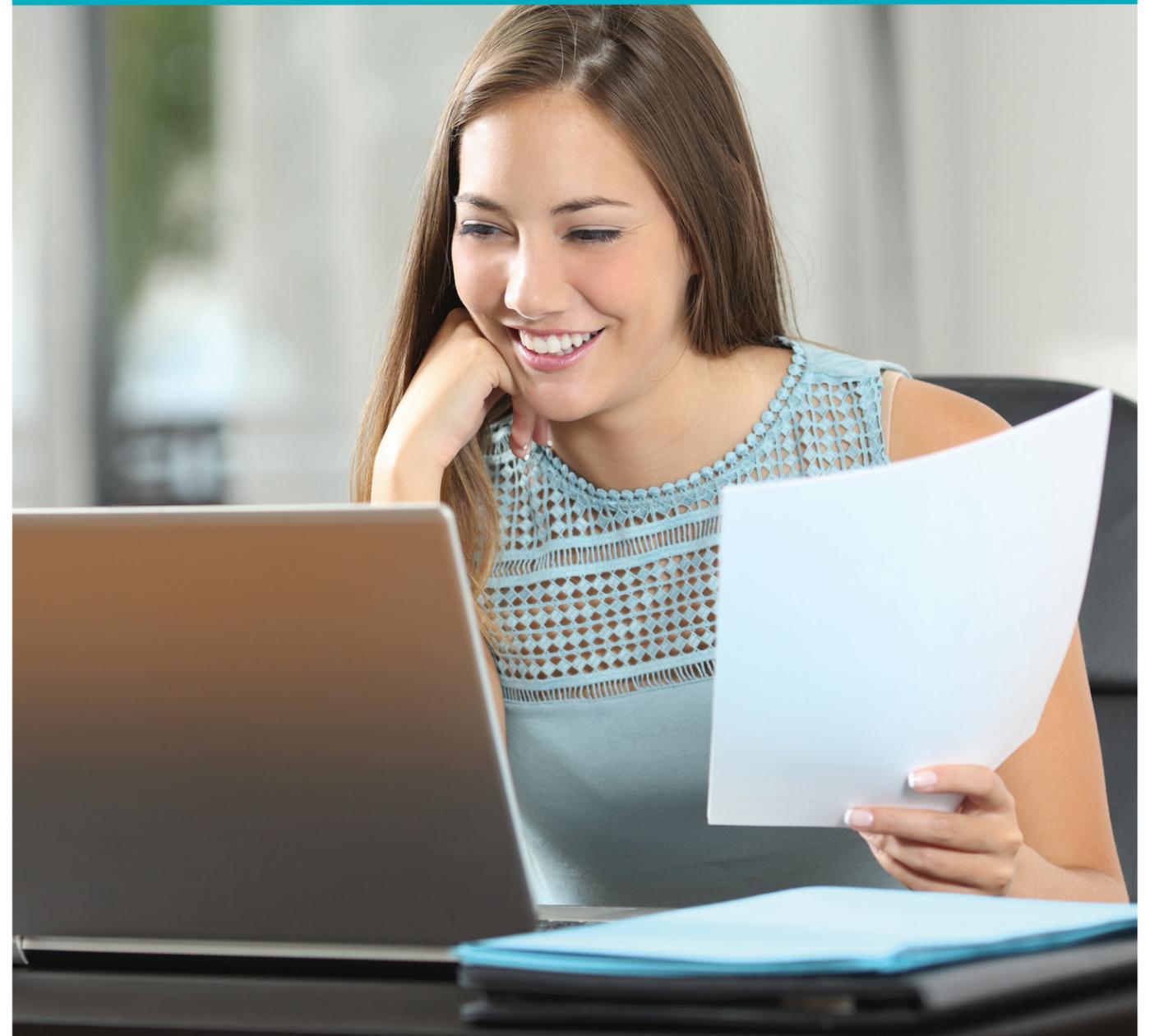


Beneficios médicos de Christian Brothers Services



Para obtener definiciones más detalladas
e información de EOB, visítenos en
mycbs.org/health



CHRISTIAN
BROTHERS
SERVICES

Health Benefit Services
1205 Windham Parkway
Romeoville, IL 60446-1679
800.807.0400 cbservices.org

5/2020

Entender su
Explicación de beneficios (EOB)

Explanation of Benefits

RETAIN FOR TAX PURPOSES
THIS IS NOT A BILL

Forwarding Service Requested

JOHN SAMPLE
123 MAIN STREET
CHICAGO IL 60606

J279

18

Customer Service

For questions, please visit us at
www.mycbs.org/health
or contact us at
(xxx) xxx-xxxx

Enrollee: JOHN SAMPLE
Group#: 12345
Group: SAMPLE GROUP

Date: 5/15/2020

5 Dates of Service: 4/01/2020 thru 4/30/2020

Dear JOHN SAMPLE,

The information below is a summary of the healthcare claims you incurred for the period 4/01/2020 through 4/30/2020. This information is commonly referred to as an "Explanation of Benefits" (EOB). This is not a bill. It is a summary, followed by the claim details, of how your recent claims were processed. It includes any co-pay, deductible, coinsurance (%) or non-covered amounts that you may owe to the provider(s) of service. Use this EOB to verify the accuracy of any bill you may receive from the provider(s) listed below. If you did not receive service from the provider(s) listed below or suspect fraudulent charges please contact the customer service department at the number listed above.

6 Total Amount Billed

This is the total amount billed for the dates of service of 4/01/2020 thru 4/30/2020.

\$60.00

7 Total Amount Paid By Plan

This is the amount the plan paid in total for services rendered from 4/01/2020 thru 4/30/2020. Please see the "Claim Detail" section of this document for more information.

\$31.30

8 Your Financial Responsibility

This is the amount the provider(s) of service may bill you after your health plan benefits were paid. Typically a plan participant may be billed by the provider of service because they may have a deductible, co-pay, coinsurance (%), or the service is not covered by the health plan. Amounts shown here do not reflect any payments made at the point of service. A breakdown of your total financial responsibility is shown in the claim detail for each member.

\$0.00

9 Claim Number	10 Patient Name	11 Total Charge	12 Ineligible Amount	13 Discount Amount	14 Covered By Plan	15 Deductible Amount	16 Co-pay Amount	17 Patient Responsibility	18 Payment Amount
222222222	JOHN SAMPLE	\$60.00	\$0.00	\$28.70	\$31.30	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$31.30
Totals		\$60.00	\$0.00	\$28.70	\$31.30	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$31.30

20 Claim#:	222222222	21 Patient#:	999999								
20 Patient:	JOHN SAMPLE	21 Provider:	DR SMITH								
22 Dates of Service	23 Service Code	24 Total Charge	25 Ineligible Amount	26 Reason Code	27 Discount Amount	28 Covered By Plan	29 Deductible Amount	30 Co-pay Amount	31 Balance Amount	32 Paid At	33 Payment Amount
4/17 - 4/17/2020	TH	\$60.00	\$0.00	ar	\$28.70	\$31.30	\$0.00	\$0.00	\$31.30	100%	\$31.30
Column Totals		\$60.00	\$0.00		\$28.70	\$31.30	\$0.00	\$0.00	\$31.30		\$31.30
34 Patient's Responsibility:										\$0.00	
Other Credits or Adjustments										\$0.00	
Total Net Payment										\$31.30	

35 Service Code Description	36 Reason Code Description
TH OP THERAPY SERVICES	ar DISCOUNTED PER YOUR HEALTH PROVIDERS AGREEMENT

37 Payment Details	Check No.	Amount
Paid To DR SMITH	00000000	\$31.30

PPO Information

This claim was processed per your health providers contractual agreement

Additional Information

This is an adjustment to a prior claim.

Appeal Language

If this Explanation of Benefits reflects an adverse benefit determination, you may appeal the determination; submit written comments, documents, records or other information relating to the claim; and, upon request and free of charge, receive copies of all documents, records and other information relevant to the claim.

Cómo leer su Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)

Cada vez que usted o su proveedor de atención médica presentan un reclamo, se crea una Explicación de beneficios, o EOB, que explica cómo calculamos el pago. Mensualmente recibirá una EOB consolidada con un resumen de todos los servicios por los que tuvo que pagar de su bolsillo.

- Dirección de Christian Brothers Services:** la empresa que administra los beneficios médicos para los miembros de Christian Brothers Employee Benefit Trust (CBEBT).
- Información de contacto:** si tiene preguntas acerca de su reclamo, puede visitarnos en el sitio web, o contactarnos al número que se indica en esta área. Este número también está en su tarjeta de identificación.
- Enviar por correo a:** su dirección se imprime aquí. Si esta dirección es incorrecta, comuníquese con su empleador para pedir un cambio.
- Información del reclamo:** el nombre del afiliado, el número de grupo, el nombre del grupo y la fecha de este resumen de EOB están en esta área.
- Fechas del servicio:** el rango de fechas informado en el estado de cuenta.
Hay tres números grandes listados en el lado izquierdo. Son el total de todos los reclamos incluidos en el estado de cuenta.

- Cantidad total facturada:** cantidad total de servicios facturados por las fechas de servicio para el período.
- Cantidad total que paga el plan:** la cantidad combinada en dólares que el plan pagó por los servicios prestados para las fechas de servicio. Las secciones de Información de reclamo contienen el desglose específico de este número.
- Su responsabilidad financiera:** la cantidad total que los proveedores pueden facturarle después de pagar sus beneficios de atención médica. Estas facturas pueden resultar de un copago, deducible, coseguro o servicios no cubiertos por el plan. La información de cada reclamo se puede encontrar en la sección Información del reclamo.

- Resumen de reclamos:** un resumen de todos los reclamos para las fechas de servicio junto con los cargos totales, pagos y más.
- Número de reclamo/Nombre del paciente:** si tiene preguntas sobre su reclamo y llama a nuestro departamento del servicio al cliente, necesitará su número de reclamo. El nombre del paciente para cada reclamo aparece junto al número de reclamo.
- Cargo total:** el monto en dólares que su proveedor de atención médica le cobró por los servicios que recibió.
- Cantidad no elegible:** la cantidad del Cargo total que sus beneficios del fideicomiso no.
- Cantidad de descuento:** La cantidad que se descontó del Cargo total (n.º 11).

Para su conveniencia, creamos un resumen de EOB para que le ayude a leer y entender su resumen de EOB que recibe mensualmente. Elija el número azul en el ejemplo de EOB sobre el que quiere obtener más información y hágalo coincidir con el mismo número azul en la columna de definición. Estos números no aparecen en su EOB real. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al cliente al número de llamada gratuita que figura en su EOB y tarjeta de identificación.

- Cubierto por el plan:** la cantidad del cargo total que el Plan permite. Este cargo puede estar limitado a la cantidad habitual y acostumbrada, o a la que permite la Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO).
- Cantidad deducible:** muestra cuánto de este reclamo se contará contra su deducible. El deducible es la cantidad que es responsable de pagar antes de que el Fideicomiso de beneficios para empleados empiece a pagar los beneficios por ciertos servicios.
- Cantidad de copago:** la cantidad de copago que debió pagar por cada consulta, tratamiento u hospitalización.
- Responsabilidad del paciente:** esta es la cantidad que, como paciente, debe pagar al proveedor.
- Cantidad de pago:** la cantidad que Christian Brothers Employee Benefit Trust determinó que debe pagarse en su reclamo.
- Totales:** los totales de cada categoría. Tenga en cuenta que los totales de Cargo total, Cantidad de pago y Responsabilidad del paciente son los mismos números que aparecen en tamaño más grande más grande en el medio del estado de cuenta (n.º 6, 7 y 8).

- N.º de reclamo/Nombre del paciente**
- N.º de paciente/Proveedor:** el número de plan del paciente y el nombre del proveedor que visitó están aquí.
- Fechas de servicio:** las fechas en que vio a su proveedor.
- Código de servicio:** el lugar donde se prestó el servicio se indica en un código. Para obtener descripciones de estos códigos, consulte la parte de abajo de su EOB debajo del encabezado Descripción del código de servicio (n.º 35).
- Código de motivo:** esta columna contiene un código que indica el motivo por el que un pago no fue elegible o se hizo con descuento. Para obtener descripciones de estos códigos, consulte la parte de abajo de su EOB debajo del encabezado Descripción del código de motivo (n.º 36).
- Cantidad del saldo:** costo total de los servicios recibidos después de aplicar las cantidades de descuento y copago.
- Pagado en:** nivel de porcentaje de beneficios por servicios cubiertos.
- Información del pago:** información del beneficio, incluyendo el nombre del proveedor, el número de cheque y la cantidad.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al cliente al número de llamada gratuita que figura en su EOB y tarjeta de identificación.