Plantilla de Explicación de beneficios de la Parte C aprobada por los CMS

PPO, versión mensual de la Explicación de beneficios (EOB)

# General Instructions

This is a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) approved Part C Explanation of Benefits (EOB) template. CMS views Part C EOBs as ad-hoc information materials; therefore, they are not subject to CMS review and approval. However, CMS reserves the right, as with other ad-hoc communication, to request and review a sample of the materials to ensure compliance with our requirements.

* This template is for organizations that choose to send monthly EOBs to non-dual eligible members.
* Plans are not required to send an EOB to dual eligible members.
* Plans are responsible for ensuring that members receive the notification of appeal rights within the timeframes specified by CMS.   
  If notification with an EOB would hinder the plan’s ability to provide timely notification, it must be delivered separately, within the required timeframes specified in the MA program regulations.
* The monthly EOB must be sent to members each month there is claims activity, whether or not there is member liability.

**HPMS submission:**

* All plans may be required to submit a Part C EOB to HPMS. CMS will provide more information when available.

# Format Instructions

* Minor grammar or punctuation changes, as well as changes in font type or color, are permissible.
* Text and numbers must be in font size 12 or larger.
* With the exception of charts, which should generally be in landscape formation, either landscape or portrait may be used.
* With the exception of the chart that gives the details on claims, the remaining sections of the document are to be formatted as   
  two-column or three-column text (the main title of a section may extend beyond the first column) to keep line lengths easy to read. Plans may adjust the width of the columns in the template.
* The document may be printed double-sided and, in lieu of a paper mailing, may be sent electronically to members who elect the paperless format.
* The document must have a header or footer that includes the page number. In addition, plans may include any of the following information in the header or footer: member identifiers, month and year, title of the document.
* Charts that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom on the continuing page. In an actual EOB, rows of a chart should not break across the page. Note: in the template language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.

# Content Instructions

* CMS encourages MAOs to use the HCPCS code descriptors and American Medical Association’s CPT code descriptors, followed by the HCPCS or CPT billing code shown in parentheses. Other appropriate billing codes, such as ADA approved dental codes, Medicare revenue codes for in-patient facility claims, and other widely recognized code descriptors may also be used.
* When providing claim information, plans may use date ranges to combine multiple occurrences of a service or item into a single row.
* All claim information provided in the EOB must be HIPAA compliant to protect member health information.

**Claims that must be included within the EOB:**

* Plans must include all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services, mandatory supplemental benefits, and optional supplemental benefits. If applicable, claims for optional supplemental benefits are to be displayed separate from medical and hospital claims. Information for all claims includes: billing codes and descriptors, amount providers have billed the plan, total cost (amount the plan has approved), plan’s share, and member’s share   
  (your share). Any benefit information that cannot be included timely must be accounted for in a subsequent reporting period.
* For plans that need additional time to develop systems for obtaining cost information from capitated entities, we are delaying, until January 1, 2015, the required implementation of reporting applicable information in the “Total cost” and “Plan’s share” columns.   
  In the interim period, in lieu of dollar amounts in the “Total cost” and “Plan’s share” columns, plans may state: “This rate has been pre-negotiated. For more information, please contact your health care provider.”

Instructions within the template:

* All black text is required information that must be included as shown in the attached EOB template.
* Italicized blue text in square brackets is instruction and guidance specifically for MA plans. This information is not to be included in the beneficiary’s EOB.
* Non-italicized blue text in square brackets is text to be inserted as applicable.
* The first time the plan name is mentioned, the plan type designation (i.e., HMO, PPO, etc.) must be included.
* When instructions say “*[insert month]*”, use a format that spells out the full name of the month, e.g., “January.”
* Plans should make every effort to use a reporting period that aligns with a complete calendar month, however, if your plan uses a reporting period that does not correspond exactly to a calendar month, you may substitute the date range for your reporting period (e.g., “1/1/12 to 2/3/12” OR “January 1 – February 3, 2013”) whenever instructions say to “*[insert month] [insert year]*.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORME MENSUAL Reclamaciones médicas y hospitalarias tramitadas el *[Insert month] [Insert Year]*  Para *[insert member name]*  *[If desired, plans may also insert a member ID number and/or other member numbers typically used in member communications.]*  **Esto no es una factura:**   * Este resumen mensual de reclamaciones que hemos procesado le indica qué tipo de atención médica ha recibido, qué ha pagado el plan y cuánto ha pagado de su bolsillo (o puede esperar que se le facture). * Si usted tiene alguna deuda, los médicos u otros proveedores de atención médica le enviarán una factura. * Este informe cubre solo la atención médica y la hospitalaria. *[MA-only plans omit the next sentence.]* Enviamos un informe separado sobre los medicamentos con receta de la Parte D. * Si advierte algo sospechoso que podría ser una facturación fraudulenta, puede informar de ello llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).   *[Plans may include the member’s mailing address on this cover page.]* |  | [Insert plan name and/or logo]  *[Insert Federal contracting statement]*  *[Plans may insert their Web site URL]* |
|  |
| Servicios para los miembros de *[Insert plan name]*  Si tiene alguna pregunta, llámenos: *[Insert phone number]*  Estamos disponibles *[insert days and hours of operation]*.  Solo para usuarios de TTY/TDD: *[Insert TTY/TDD number]* *[Plans may insert other Member Services numbers, e.g., a Spanish customer service number]*  --------------------------  [*Plans that meet the 5% threshold, insert:* Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para los miembros al número anterior.] Servicios para los miembros de [*plans that meet the 5% threshold, insert:* también] ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.  *[Plans that meet the 5% threshold, insert the disclaimer about the availability of non-English translations in all applicable languages.]* |
|  |
| La información suministrada sobre los beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan.  *[Omit terms in the following sentence that are not applicable to the plan:]* Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la red de proveedores, la prima, los copagos y el coseguro pueden cambiar cada año.  *[Insert material ID]*Aceptado |

*[In the “totals” section, plans must insert the total amounts for all claims for Part A and Part B services and mandatory supplemental benefits. Amounts for claims for optional supplemental benefits should be excluded from the totals section.]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TOTALES**  **para reclamaciones médicas y hospitalarias** | | | Montos que los proveedores han facturado  al plan | Costo total (monto que el plan ha aprobado) | | **Parte del plan** | **Su parte** |
| **Totales para este mes** (para las reclamaciones tramitadas desde el *[insert reporting period start date]* hasta el *[insert reporting period end date]*) | | | $*[insert total billed amount for the reporting period]* | $*[insert total approved amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | | $*[insert total plan share amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | $*[insert total member liability amount for the reporting period]* |
| **Totales para *[insert year]*** (todas las reclamaciones tramitadas hasta el *insert reporting period end date]*) | | | $*[insert total billed amount for the year]* | $*[insert total approved amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | | $*[insert total plan share amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | $*[insert total member liability amount for the year]* |
| *[Plans with no deductibles, omit this section.]*  **DEDUCIBLE:**  *[Plans with an overall deductible insert the text below. If the plan has both an overall deductible and service category deductible(s), insert information about both deductibles.]*  Para la mayor parte de servicios cubiertos, el plan paga la parte que le corresponde del costo después de que usted haya pagado su deducible anual del plan.  Desde el *[insert reporting period end date]* hasta el día de hoy, usted ha pagado *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*por *OR* el monto total de] su deducible anual del plan de *[insert deductible amount]*.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate*  *the member’s progress toward the deductible:*  *Leyenda del gráfico de barras ($0 – $250)*  $ 0 $250  = su deducible anual del plan  *[Plans with service category deductibles, include the text below about each.]*  El plan paga la parte que le corresponde del costo de *[insert service category]* solo después de que usted haya pagado un deducible.  Desde el *[insert reporting period end date]* hasta el día de hoy, usted ha pagado *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*por *OR* el monto total de*]* su deducible de *[insert deductible amount]* para *[insert service category]*.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *Leyenda del gráfico de barras ($0 – $250)*  $ 0 $250  = su deducible para *[insert service category*]] |  | **LÍMITE ANUAL: este límite le proporciona protección financiera** | | | | | |
| Este límite indica el monto máximo que deberá pagar en los costos “que paga de su bolsillo” (*[Delete references to deductibles, copayments, or coinsurance if not applicable for the plan:]* copagos, coseguro y su deducible) por [*insert as applicable:* los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por el plan *OR* los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B].  Este límite anual se llama su “máximo que paga de su bolsillo”. Establece un límite sobre cuánto tiene que pagar, pero no establece un límite sobre cuánta atención puede recibir.  El gasto que paga de su bolsillo por [*insert service]* no se tendrá en cuenta para el máximo anual que paga de su bolsillo. Esto significa lo siguiente:   * Una vez que haya alcanzado el límite de los costos que paga de su bolsillo, **deja de pagar de su bolsillo por todos los servicios *[insert, if applicable:*** excepto por ***[insert service]***. * Usted sigue recibiendo sus *[insert as applicable:* servicios médicos y hospitalarios cubiertos *OR* los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B] como de costumbre, y **el plan pagará el costo completo durante el resto del año.** *[Insert if applicable:*  Los gastos a pagar de su bolsillo por servicios no cubiertos por Medicare no cuentan respecto a su máximo a pagar de su bolsillo.] | | | Desde el *[insert reporting period end date]* hasta el día de hoy, **ha gastado *[insert amount paid toward MOOP as of reporting period end date]*** **en costos que paga de su bolsillo** que se tienen en cuenta para el máximo que paga de su bolsillo de *[insert MOOP amount]* por los servicios cubiertos.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below to illustrate the member’s progress toward the MOOP:*  **Leyenda del gráfico de barras ($0 – $3,400)**  $ 0 $3,400]  Límite combinado (dentro de la red + fuera de la red)  En *[insert year]*, $*[insert combined MOOP amount]*  es lo máximo que deberá pagar por los servicios cubiertos que obtiene de todos los proveedores (proveedores dentro de la red + proveedores fuera de la red combinados).  Desde el *[insert reporting period end date]* hasta el día de hoy, **ha gastado *[insert amount paid toward combined MOOP as of reporting period end date]*** en **costos que paga de su bolsillo** que se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo de *[insert combined MOOP amount]* por los servicios cubiertos.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic such as the one shown below to illustrate the member’s progress toward the MOOP:*  **Leyenda del gráfico de barras ($0 – $3,400)**  $ 0 $3,400] | | |

*[If there are no claims processed during the reporting period, omit the remainder of the document.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Detalles de reclamaciones procesadas en *[insert month] [insert year]* | | |
| **Consulte la información sobre sus reclamaciones, ¿le parece correcta?**   * Si tiene preguntas o cree que podría haber un error, empiece por llamar al consultorio del médico u otro proveedor de servicios. Pídale que le explique la reclamación. * Si aún tiene preguntas, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). | **También tiene derecho a realizar una apelación  o queja**   * Realizar una apelación es un modo formal de pedirnos que *cambiemos nuestra decisión* sobre su cobertura. Puede realizar una apelación si denegamos una reclamación. También puede realizar una apelación si aprobamos una reclamación pero no está de acuerdo con la cantidad que debe pagar por el artículo o los servicios. Para obtener información sobre cómo realizar una apelación, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). | Recuerde que este informe NO ES UNA FACTURA:   * Si todavía no ha pagado el monto que se muestra en “su cuota”, *espere hasta recibir una factura* del proveedor. * Si recibe una factura que es *superior* al monto que se muestra en “su cuota”, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). |

*[Plans may insert the first claim (or part of the claim) on this page or begin claims on the following page. Claims that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom of the page that continues. However, an individual row of a claim should not break across the page. Note: in the model language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.]*

*[Plans must insert information for all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services, mandatory supplemental benefits, and optional supplemental benefits.]*

| ***[Insert name of provider]***  Número de reclamación: *[Insert claim number]*  (Proveedor *[Insert as applicable:* dentro de la red *OR* fuera de la red*]* ) | Fecha del  servicio | Monto que el proveedor facturó al plan | Costo total (monto que aprobó el plan) | **Parte del plan** | **Su parte** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row. Although, date ranges may be used to combine multiple occurrences of a service or item into a single row, e.g., for claims related to inpatient services.*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[As needed, insert explanatory notes, preceded by “NOTE”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note:* NOTA: Los montos son de $0.00 porque el costo de este servicio o artículo está cubierto por otra parte de esta reclamación.] | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $[*Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total cost.]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **DENEGADO**  (Busque información sobre sus derechos de apelación abajo).*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  Usted paga el [*insert percentage]*% del monto total*][insert if applicable:* por los servicios de unproveedor [*insert as applicable:* dentro de la red *OR* fuera de la red*]*]  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  Usted paga un copago de $[*insert copayment amount]* *[insert if applicable:*  por los servicios de un proveedor  *[insert as applicable:* dentro de la red *OR* fuera de la red]].  *[If the service is a preventive service that is covered at no cost under Original Medicare, add the following:*  (Este es uno de los servicios preventivos que está cubierto sin costo por Original Medicare, y el plan cubre este servicio dentro de la red sin costo alguno para usted).*]*  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  Este servicio fue denegado, pero usted puede ser responsable de pagar este monto. Busque información sobre sus derechos de apelación abajo.] |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **TOTALES:** | **$[*Insert total billed amount for this claim]*** | **$[*Insert total approved amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]***  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **DENEGADO**  (Busque información sobre sus derechos de apelación abajo).*]* | **$[*Insert total plan share amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]*** | **$[*Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación denegada:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * Hemos rechazado la totalidad o parte de esta reclamación y **usted tiene derecho a apelar.** Realizar una apelación es un modo formal de pedirnos que *cambiemos la decisión* que hemos tomado de denegar su reclamación. Si aceptamos cambiar nuestra decisión, significa que aprobaremos la reclamación en lugar de denegarla y que pagaremos nuestra cuota. * **El proveedor también puede realizar una apelación, y, si esto sucede, es posible que usted no tenga que pagar.** Le convendría comunicarse con el proveedor para averiguar si nos solicitará una apelación. Si el proveedor solicita adecuadamente una apelación, usted no será responsable del pago, excepto por el monto normal de costo compartido, y no tendrá que realizar usted mismo una apelación. | * **Cuando denegamos la totalidad o parte de una reclamación, le enviamos una carta** (“Notificación de denegación del pago”) en la que explicamos por qué el servicio o el artículo no está cubierto. Esta carta también indica qué hacer si quiere apelar nuestra decisión y hacer que la reconsideremos. * **IMPORTANTE:** Si no tiene esta carta, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). | * **Si tiene preguntas o necesita ayuda con su apelación, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al  1-877-486-2048).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación denegada:** | |
| * **NOTA: Hemos denegado la totalidad o parte de esta reclamación.** Sin embargo, usted no es responsable de pagar el monto facturado porque recibió este servicio *[insert as applicable:* de un proveedor de *[insert plan name]* OR sobre la base de una remisión de un proveedor de *[insert plan name]].]* | * **Si tiene alguna pregunta, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican  en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los  7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al  1-877-486-2048).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación:** | |
| * NOTA: En un primer momento, le denegamos este [*insert as applicable:* item *OR* service] y recibimos una solicitud para apelar nuestra denegación. [*Insert as applicable:* Después de revisar la solicitud de apelación, revocamos nuestra denegación y aprobamos el [*insert as applicable:* item *OR* service]. *OR* Nuestra denegación se revocó y este [*insert as applicable:* item *OR* service] ya está aprobado.] Esto significa que el [*insert as applicable:* item *OR* service] está cubierto y que el plan [*Insert as applicable:*  ha pagado OR pagará] la parte que le corresponde del costo. | * **Si tiene alguna pregunta, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).] |

*[If there are no claims for optional supplemental benefits processed during the reporting period, delete the remainder of this document.]*

*[If a claim for optional supplemental benefits was processed during the reporting period, it must be included in the EOB. Claims for optional supplemental benefits should appear after the claims for Part A and Part B services and mandatory supplemental benefits. Plans should include the section header provided below before the first claim for optional supplemental benefits. The format for the claims chart is provided below. In this section, deductible amounts may be included in the “Your share” column. Please note that the format is the same as for other Part C benefits, except for the additional text describing optional supplemental benefits which appears in the first column header.]*

|  |
| --- |
| Servicios complementarios opcionales: Detalles de reclamaciones procesadas en *[insert month] [insert year]*  (Los montos de servicios complementarios opcionales **no** se incluyen en los totales que figuran en la página 2). |

| ***[Insert name of provider]***  Número de reclamación: *[Insert claim number]*  (Proveedor *[If applicable, insert: [Insert as applicable:* dentro de la red  *OR* fuera de la red*] [plans may add the type of optional supplemental benefits, e.g., “of dental services.”]*) *[Insert type of optional supplemental benefits]* son “servicios complementarios opcionales”. Estos son servicios adicionales por los que usted paga una prima separada. | Fecha del  servicio | Monto que el proveedor facturó al plan | Costo total (monto que aprobó el plan) | **Parte del plan** | **Su parte** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row.]*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[As needed, insert explanatory notes, preceded by “NOTE”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note.* NOTA: Los montos son de $0.00 porque el costo de este servicio o artículo está cubierto por otra parte de esta reclamación.] | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $[*Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total amount]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **DENEGADO**  (Busque información sobre sus derechos de apelación abajo).*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  Usted paga el [*insert percentage]*% del monto total *[insert if applicable:* por los servicios de un proveedor [*insert as applicable:* dentro de la red *OR* fuera de la red *]*].  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  Usted paga un copago de $[*insert copayment amount]*  *[insert if applicable:*  por los servicios de un proveedor *[insert as applicable:* dentro de la red *OR* fuera de la red].  *[If there is a deductible charged for the service or item, insert:*  Usted paga un deducible de $[*insert copayment amount*] por este servicio o artículo].  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  Este servicio fue denegado, pero usted puede ser responsable de pagar este monto. Busque información sobre sus derechos de apelación abajo.] |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **TOTALES:** | **$[*Insert total billed amount for this period claim]*** | **$[*Insert total approved amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to  January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]***  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **DENEGADO**  (Busque información sobre sus derechos de apelación abajo).*]* | **$[*Insert total plan share amount for this claim]***  ***[Plans with capitated arrangements prior to  January 1, 2015 may insert:* Esta tarifa ha sido negociada previamente. Para obtener más información, comuníquese con su proveedor de atención médica.*]*** | **$[*Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación denegada:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * Hemos rechazado la totalidad o parte de esta reclamación y **usted tiene derecho a apelar.** Realizar una apelación es un modo formal de pedirnos que *cambiemos la decisión* que hemos tomado de denegar su reclamación. Si aceptamos cambiar nuestra decisión, significa que aprobaremos la reclamación en lugar de denegarla y que pagaremos nuestra cuota. * **El proveedor también puede realizar una apelación, y, si esto sucede, es posible que usted no tenga que pagar.** Le convendría comunicarse con el proveedor para averiguar si nos solicitará una apelación. Si el proveedor solicita adecuadamente una apelación, usted no será responsable del pago, excepto por el monto normal de costo compartido, y no tendrá que realizar usted mismo una apelación. | * **Cuando denegamos la totalidad o parte de una reclamación, le enviamos una carta** (“Notificación de denegación del pago”) en la que explicamos por qué el servicio o el artículo no está cubierto. Esta carta también indica qué hacer si quiere apelar nuestra decisión y hacer que la reconsideremos. * **IMPORTANTE:** Si no tiene esta carta, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). | * **Si tiene preguntas o necesita ayuda con su apelación, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de  la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar  al 1-877-486-2048).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación denegada:** | |
| * **NOTA: Hemos denegado la totalidad o parte de esta reclamación.** Sin embargo, usted no es responsable de pagar el monto facturado porque recibió este servicio *[insert as applicable:* de un proveedor de *[insert plan name]* OR sobre la base de una remisión de un proveedor de *[insert plan name]].]* | * **Si tiene alguna pregunta, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **Cosas que debe saber sobre su reclamación:** | |
| * NOTA: En un primer momento, le denegamos este [*insert as applicable:* item *OR* service] y recibimos una solicitud para apelar nuestra denegación. [*Insert as applicable:* Después de revisar la solicitud de apelación, revocamos nuestra denegación y aprobamos el [*insert as applicable:* item *OR* service]. *OR* Nuestra denegación se revocó y este [*insert as applicable:* item *OR* service] ya está aprobado.] Esto significa que el [*insert as applicable:* item *OR* service] está cubierto y que el plan [*Insert as applicable:*  ha pagado OR pagará] la parte que le corresponde del costo. | * **Si tiene alguna pregunta, puede llamar a estos números:** * Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en un cuadro en la página 1). * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).] |