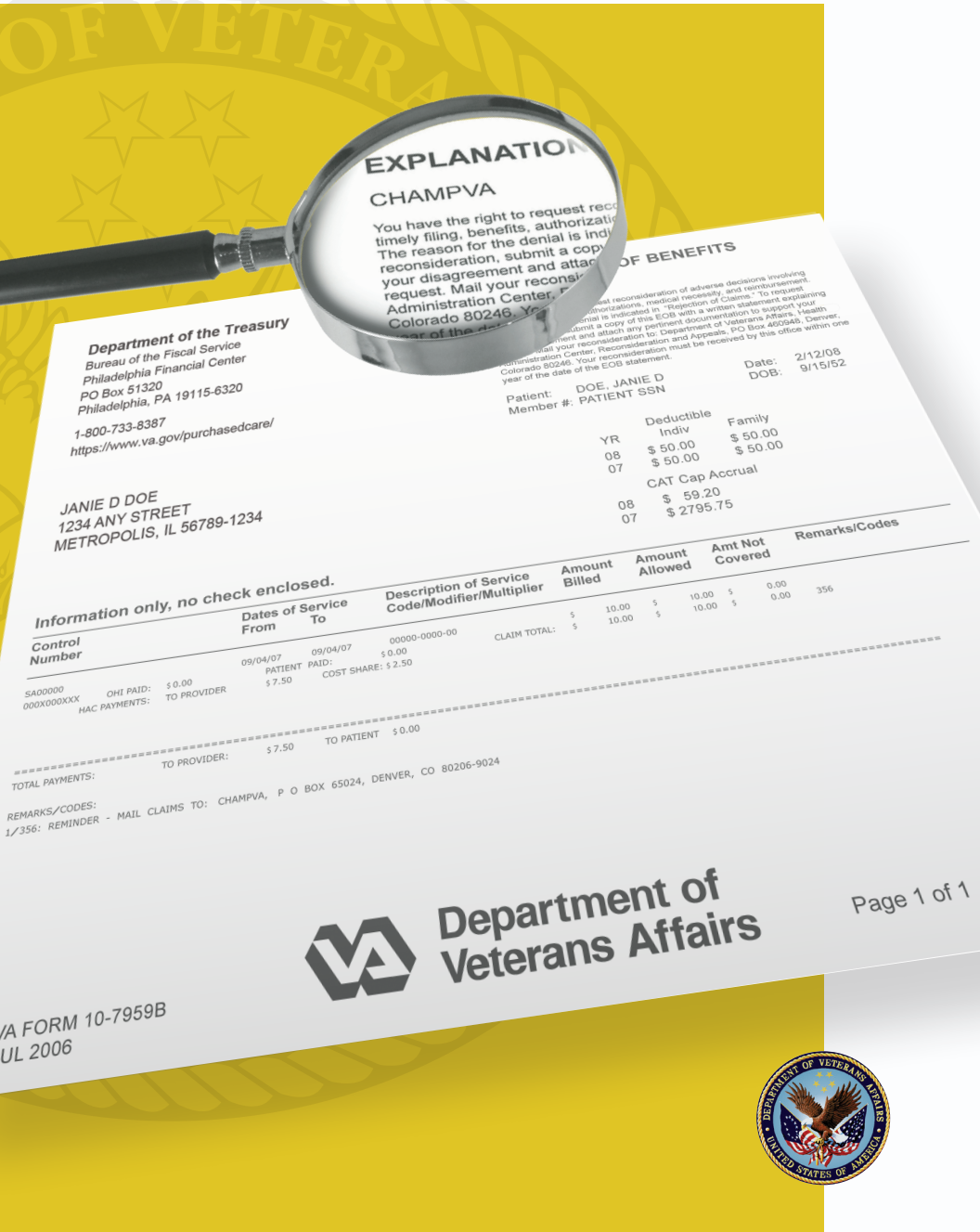
Cómo Leer Una Explicación de Beneficios CHAMPVA



EXPLANATION OF BENEFITS

CHAMPVA

Department of the Treasury
Bureau of the Fiscal Service
Philadelphia Financial Center
PO Box 51320
Philadelphia, PA 19115-6320

1-800-733-8387
https://www.va.gov/purchasedcare/

You have the right to request reconsideration of adverse decisions involving timely filing, benefits, authorizations, medical necessity and reimbursement. The reason for the denial is indicated in "Rejection of Claims." To request reconsideration, submit a copy of this EOB with a written statement explaining your disagreement and attach any pertinent documentation to support your request. Mail your reconsideration to: Department of Veterans Affairs, Health Administration Center, Reconsideration and Appeals, PO Box 460948, Denver, Colorado 80246. Your reconsideration must be received by this office within one year of the date of the EOB statement.

JANIE D DOE
1234 ANY STREET
METROPOLIS, IL 56789-1234

Patient: DOE, JANIE D Date: 2/12/11
Member #: PATIENT SSN

1 DEDUCTIBLE

YR	INDIV	FAM
11	$50.00	$50.00
10	$50.00	$50.00

2 CAT CAP ACCRUAL

11	$127.34
10	$1995.61

3 **Information only, no check enclosed. Payment by EFT.**

4 CONTROL NUMBER	PROVIDER	5 DATES OF SERVICE FROM	TO	6 DESCRIPTION OF SERVICE CODE/MODIFIER/MULTIPLIER	7 AMOUNT BILLED	8 AMOUNT ALLOWED	9 AMT NOT COVERED	10 REMARKS/ CODES
BLE9157	XYZ MEM HOSP	08/10/10	08/10/10	11042 DEBRIDE SKIN/TISSUE	$404.30	$50.80	$353.50	
		08/10/10	08/10/10	73562-RT X-RAY EXAM OF KN	$140.00	$30.31	$109.69	
001412-315076	OHI PAID: $43.61	PATIENT PAID: $0.00		CLAIM TOTAL:	$544.30	$81.11	$463.19	322 356 371 382 383
	HAC PAYMENTS:	TO PROVIDER $28.00		COST SHARE: $9.50				
BLI8889	XYZ MEM HOSP	03/02/10	03/02/10	X1860 FACILITY FEES	$134.35	$35.38	$134.35	
0014112287604	OHI PAID: $60.76	PATIENT PAID: $0.00		CLAIM TOTAL:	$134.35	$35.38	$134.25	65
	HAC PAYMENTS:	TO PROVIDER $7.50		COST SHARE: $2.50				

11 OHI

12 COST SHARE

13 TOTAL PAYMENTS: TO PROVIDER $35.50 14 TO PATIENT $0.00

REMARKS/CODES:
1/322: 1/356: REMINDER - MAIL CLAIMS TO: CHAMPVA, PO BOX 469064, DENVER, CO 80246-9064
1/371: WHEN RESUBMITTING CLAIMS YOU MUST ATTACH THE CHAMPVA EOB FOR PROPER PROCESSING.
1/382: AS OF 09/27/10 MEDICARE PART A & B EDI CLAIMS WILL BE FORWARDED TO CHAMPVA.
1/383: MEDICARE HEALTH INSURANCE CLAIM NUMBER MUST BE ON FILE AT THE HAC TO FORWARD CLAIMS.
65: DUPLICATE CLAIM - PREVIOUSLY PROCESSED AS AEL9451
HV123456789

VA FORM 10-7959B
JUL 2006

Department of Veterans Affairs

1 **DEDUCIBLE:** las cantidades que usted ha pagado hacia su deducible anual.

2 **ACUMULACIÓN DE TOPE CATASTRÓFICO (CAT CAP):** Las cantidades que usted ha pagado hacia su tope catastrófico anual, hasta $3,000 por año civil.

3 **INFORMACIÓN DE PAGO:** Demuestra a quién el pago le fue enviado, si alguno, y el método de pago para referencia.

4 **NÚMERO DE CONTROL:** El identificador específico de reclamo CHAMPVA. Este número es necesario para buscar el reclamo específico en nuestro sistema.

5 **FECHAS DE SERVICIO (DOS, por sus siglas en ingles):** El día o los dias en que el médico o el hospital proveyeron el servicio.

6 **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** Una descripción del tipo de servicio dado; por ejemplo, visita de la oficina, inmunización, etcétera, o el equipo médico durable o droga comprado.

7 **CANTIDAD FACTURADA:** La cantidad que su médico o el hospital cobro al seguro medico por proveerle servicios a usted o a sus dependientes cubiertos.

8 **CANTIDAD PERMITIDA:** Ésta es la cantidad de dólar máxima que CHAMPVA reembolsará a un proveedor para un procedimiento, droga o servicio. (Usted podría deber una parte de esta cantidad.)

9 **CANTIDAD NO CUBIERTA:** La porción del cargo del médico o el hospital que no es cubierta o elegible para el pago por su plan de seguro médico.

10 **COMENTARIOS / CÓDIGO:** Los códigos asociados con la descripción del servicio. Un código en esta columna se relaciona con la descripción narrativa al final del EOB.

11 **OHI:** La cantidad pagada por el otro seguro médico hacia la cantidad facturada, incluyendo los ajustes aplicados como consecuencia de contratos entre el proveedor y el OHI.

12 **ACCIÓN DE COSTE:** La cantidad que a usted se le exige pagar al proveedor a menos que tenga OHI.

13 **PAGOS TOTALES: AL PROVEEDOR:** La cantidad que CHAMPVA ha pagado al proveedor o al hospital en su nombre.

14 **PAGOS TOTALES: AL PACIENTE:** La cantidad de dinero que CHAMPVA le ha pagado a usted, el beneficiario.

Explicación De Beneficios
GLOSARIO

Beneficiario: Niño, cónyuge o viuda(o) elegible para CHAMPVA. A un beneficiario se le puede referir como un dependiente o paciente.

Tope Catastrófico (CAT): Un límite fijado por su póliza de seguro sobre la cantidad de costos fuera de su bolsillo que usted pagará antes que el seguro empieza a pagar el costo entero.

CHAMPVA: El Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Deducible: La cantidad que usted tiene que pagar todos los años antes de que su plan empieza a pagar beneficios. Usted cubre su deducible usando el dinero en su cuenta de salud medica, y entonces su propio dinero.

Equipo Médico Durable (DME, por sus siglas en ingles): Equipo médico usado en el transcurso del tratamiento o el cuidado en casa, incluyendo artículos como muletas, abrazaderas de rodilla, sillas de ruedas, camas de hospital, prótesis, etcétera. Los niveles de cobertura médica para DME a menudo son diferentes de los niveles de cobertura para las visitas de oficina y los otros servicios médicos.

Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en ingles): Un formulario que provee los detalles acerca de cuáles gastos médicos fueron pagados y la cantidad del pago.

VHA CC (por sus siglas en inglés): Oficina de Atención Comunitaria de la Administración de Salud de Veteranos. VHA CC administra el programa CHAMPVA.

OHI: Otro seguro médico.

¿Qué es un EOB?

Una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en ingles) es un método principal de comunicación entre empresas aseguradoras de salud y sus clientes. El provee un resumen claro y simple de la información acerca de los cargos médicos recientes y los pagos del plan de beneficio.

El poseedor de cuenta principal recibirá un EOB después de que un reclamo ha sido presentado por servicios de atención médica recibidos. El EOB contiene los detalles de los servicios recibidos y la cantidad que usted puede ser facturado. Contiene la siguiente información:

- Cantidad facturada por el proveedor
- Cantidad permitida por CHAMPVA
- Cantidad no cubierta
- Cantidad pagada por otro plan de seguro médico o programa
- Acumulación del tope catastrófico anual
- Acumulación de deducible del beneficiario y familia
- Pago(s) de CHAMPVA
- Fecha (s) del servicio
- Descripción del servicio
- Nombre del proveedor
- Comentarios

Cuando un proveedor presenta un reclamo, el EOB es enviado tanto a usted como el proveedor. Cuando usted presenta un reclamo, el EOB es enviado solamente a usted. Cuando su servicio de atención medica es recibido a través de la Administración de Veteranos (como los Medicamentos por Correo o CITI), un EOB no es enviado a usted.

Servicio Al Cliente

Estamos comprometidos a conseguir información exacta y oportuna sobre sus beneficios y darle una variedad de maneras de obtener la información necesaria. Si este folleto no le suministra las respuestas a sus preguntas o la información que usted necesita, los siguientes recursos podrían serle útiles a usted.

Internet

La información está disponible en el sitio web del Centro de Administración de Salud VA, **http://www.va.gov/purchasedcare/index.asp**, 24 horas al dia, siete días a la semana.

Sistema de respuesta de voz interactivo

Llame por teléfono gratis: 1-800-733-8387
Horas disponibles: 24 horas al dia, siete días a la semana

Correo electrónico

Vaya al enlace de Web, **http://www.va.gov/purchasedcare/aboutus/contacts.asp**, y siga las instrucciones para el correo electrónico vía Iris.

Típicamente, usted recibirá una respuesta a su pregunta dentro de un día hábil. Para proteger su privacidad, le recomendamos que no incluya información confidencial o personal en el mensaje. Pedimos que usted incluya su nombre y apellido dentro del mensaje. No devolveremos información que contendrá identificadores personales o información médica en el correo. Si usted está pidiendo ese tipo de información, lo llamaremos o le enviaremos la información a través del correo regular.

Correo

VHA Office of Community Care
CHAMPVA
Apartado postal 469063
Denver Co 80246-9063

Dónde recibir formularios y publicaciones

Los formularios y las publicaciones están asequibles a usted a través de las opciones del servicio al cliente que identificamos arriba. Cuando usted usa cualquiera de estas opciones, asegúrese de que usted provea su nombre y dirección.

Nota: Para ver e imprimir formularios, usted debe tener el lector Adobe Acrobat, versión 9.0. Esto esta disponible para descargar gratis de nuestro sitio web si usted no lo tiene cargado en su computadora actualmente.

Revisado 8/17