

# Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB)

Después de una visita al consultorio del dentista, probablemente recibirá una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la aseguradora de beneficios dentales que le explicará los procedimientos realizados y qué cubre su plan dental.

**A**

Esta sección contiene información de identificación del suscriptor y del paciente que necesitará para verificar el estado de una reclamación o para refutar una reclamación.

**B**

El **Código del procedimiento** y la **Descripción del procedimiento** explican los servicios recibidos en el consultorio del dentista.

**C**

**Monto presentado** es el monto que el dentista cobró por los servicios.



**D**

El **Monto permitido** muestra los cargos contratados de Delta Dental por cada procedimiento. El **Monto permitido** es el monto determinado por el plan de beneficios dentales. A menudo, estos montos son iguales. Si son distintos, es debido a disposiciones en el contrato que su empleador compró.



DENTAL BENEFIT PLAN  
P.O. BOX 59288  
MINNEAPOLIS, MN 55459-0288  
MN 651-406-5901 (MINNEAPOLIS/ST. PAUL)  
OR 800-448-3815  
[www.deltadentalmn.org](http://www.deltadentalmn.org)

## EXPLANATION OF BENEFITS THIS IS NOT A BILL

| TOOTH NO. | DATE SERVICE COMPLETED | PROCEDURE CODE | PROCEDURE DESCRIPTION | AMOUNT SUBMITTED | AMOUNT ALLOWED | DEDUCTIBLE | CO PAY % | PATIENT RESPONSIBILITY | PLAN PAYMENT | NOTES |
|-----------|------------------------|----------------|-----------------------|------------------|----------------|------------|----------|------------------------|--------------|-------|
|           | <b>B</b>               | <b>B</b>       |                       | <b>C</b>         | <b>D</b>       | <b>E</b>   | <b>F</b> | <b>G</b>               | <b>G</b>     |       |

CHECK NO. **PLAN** ISSUE DATE

FOR CUSTOMER SERVICE REGARDING BENEFIT INFORMATION, PLEASE CALL 1-800-587-6857.  
"A PERSON WHO SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM WITH INTENT TO DEFRAUD OR HELD IN CONSPIRACY AGAINST AN INSURER IS GUILTY OF A CRIME."  
IMPROPER PAYMENTS INCREASE HEALTH CARE COSTS. IF YOU WISH TO REPORT ANY INSTANCES OF SUSPECTED FRAUD, MISUSE, ABUSE OR WASTE OF HEALTH CARE BENEFITS PLEASE CALL THE PROFESSIONAL SERVICES DEPARTMENT. ALL INFORMATION RECEIVED IS CONFIDENTIAL.

**H** PAYMENT AND PROCESSING POLICIES FOR THESE SERVICES ARE DETERMINED FOR PROPER BENEFITS IN ACCORDANCE WITH THE TERMS OF YOUR DENTAL PLAN AND DO NOT REFLECT ON THE TREATMENT RECOMMENDED BY YOUR DENTIST.

REVIEW AND APPEAL PROCEDURE: YOU MAY REQUEST A REVIEW OF ANY ADVERSE BENEFIT DETERMINATION WITHIN 180 DAYS OF RECEIPT OF THIS STATEMENT. THE APPEAL MUST BE IN WRITING AND INCLUDE YOUR IDENTIFICATION NUMBER.  
MAIL TO: APPEAL REQUEST  
P.O. BOX 59288  
MINNEAPOLIS, MN 55440-0521

IF YOU HAVE EMPLOYER GROUP COVERAGE SUBJECT TO ERISA, AFTER EXHAUSTION OF ALL APPEALS YOU MAY FILE A CIVIL ACTION UNDER FEDERAL LAW.

\*NOTES

|   |          |
|---|----------|
| SUBSCRIBER NAME<br>SUBSCRIBER ID<br>PATIENT NAME<br>DATE OF BIRTH<br>RELATIONSHIP<br>ALTERNATE ID | <b>A</b> |
|---|----------|

THIS IS THE TOTAL YOU  
OWE YOUR DENTIST  
This is the total your  
DENTIST WAS PAID BY PLAN  
SEE BELOW FOR AN EXPLANATION OF  
WHY YOUR CLAIM WAS NOT PAID

**E**

Si se le realiza un procedimiento que no está totalmente cubierto por Delta Dental, el **Deductible** es el monto que se aplica al servicio. Debe pagar el deductible antes de que Delta Dental pague la parte que le corresponde.

**F**

El **Copago de Delta Dental** identifica el porcentaje que cubrirá el plan por procedimiento.

**G**

La **Responsabilidad del paciente** es el monto que el paciente le debe al dentista. Su dentista no debe facturarle más que este monto. El **Pago del plan** es el monto que Delta Dental le pagó a su dentista por los servicios prestados.



**H**

Esta sección incluye detalles sobre el proceso de apelación.