

# 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.



**F**

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



**G**

**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.



**E**

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

**DELTA DENTAL**

DENTAL BENEFIT PLAN  
P.O. BOX 9929  
MINNEAPOLIS, MN 55459-0238  
MN 651-448-5911 (MINNEAPOLIS/ST. PAUL)  
OR 800-448-3815  
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. \_\_\_\_\_  
ISSUE DATE \_\_\_\_\_

FOR CUSTOMER SERVICE REGARDING BENEFIT INFORMATION, ELIGIBILITY OR TO CHECK CLAIMS STATUS PLEASE CALL 651-894-5155 OR 800-587-6857.  
\*A PERSON WHO SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM WITH INTENT TO DEFRAUD OR HELPS COMMIT A FRAUD 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: APPEALS UNIT  
PO BOX 551  
MINNEAPOLIS, MN 55440-0551  
IF YOU HAVE EMPLOYER GROUP COVERAGE SUBJECT TO ERISA, AFTER EXHAUSTION OF ALL APPEALS YOU MAY FILE A CIVIL ACTION UNDER FEDERAL LAW.

\*NOTES

**A**

SUBSCRIBER NAME  
SUBSCRIBER ID  
PATIENT NAME  
DATE OF BIRTH  
RELATIONSHIP  
ALTERNATE ID

THIS IS THE TOTAL YOUR DENTIST HAS PAID BY PLAN  
SEE BELOW FOR AN EXPLANATION OF WHY YOUR CLAIM WAS NOT PAID

**H**

Esta sección incluye detalles sobre el proceso de apelación.