

Hiểu về Bảng Giải thích Quyền Lợi Bảo hiểm (Explanation of Benefits, EOB) của Quý vị



Sau chuyến thăm phòng khám nha sĩ, quý vị có thể nhận được EOB từ Delta Dental giải thích các thủ thuật đã thực hiện và những gì được chương trình nha khoa của quý vị bao trả.

- Tài liệu này chứa thông tin nhận dạng người đăng ký và bệnh nhân, mà quý vị sẽ cần để kiểm tra trạng thái yêu cầu thanh toán bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán bảo hiểm.
- Mô tả thủ thuật** giải thích các dịch vụ đã nhận tại phòng khám nha sĩ.
- Số tiền đã gửi** là số tiền mà nha sĩ đã tính cho các dịch vụ.
- Số tiền được phép** hiển thị phí theo hợp đồng của Delta Dental cho mỗi thủ thuật.
- Nếu quý vị có một thủ thuật không được Delta Dental bao trả hoàn toàn, **Khoản khấu trừ** là số tiền áp dụng cho dịch vụ. Quý vị phải trả khoản khấu trừ trước khi Delta Dental chi trả phần của mình.
- Tiền đồng thanh toán** xác định tỷ lệ phần trăm mà chương trình sẽ bao trả cho mỗi thủ thuật.
- Khoản thanh toán** là số tiền Delta Dental đã thanh toán cho nha sĩ của quý vị cho các dịch vụ được cung cấp.
- Số tiền bệnh nhân phải trả** là số tiền bệnh nhân nợ nha sĩ. Nha sĩ của quý vị không nên lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này.
- Phần này bao gồm các chi tiết về quy trình kháng nghị.



Explanation of Benefits

(THIS IS NOT A BILL)

A
Patient Name: _____
Date of Birth: _____
Relationship: _____
Subscriber: _____

Business/Dentist: _____
License No.: _____
Check No.: _____
Issue Date: _____
Receipt Date: _____
Claim No.: _____

Pay To: C = Custodial Parent
S = Subscriber
P = Provider
A = Alternate Provider

Area/Tooth Code/Surface	Date of Service	Procedure Description	Submitted Amount	Maximum Approved Fee	Contract Dental Savings	Allowed Amount	Deductible / Patient Co-pay / Office Visits	Co-pay %	Payment	Patient Payment	Pay To
PLAN: DELTA DENTAL CLIENT/ID: 0 SUBCLIENT: 0			B	C		D	E	F	G	H	
NETWORK: PPO DENTIST											
OTHER CARRIER: DELTA DENTAL											
OTHER CARRIER PAYMENT AMOUNT:						105.00					
ORIGINALLY SUBMITTED:	10	XX/XX/XX	SERVICE	200.00							
REPLACED BY:	10	XX/XX/XX	SERVICE	200.00	200.00	0.00	200.00	050.00	70%	95.00	0.00
POLICY CODE: XXXXXXX											
Total			200.00	200.00	0.00	200.00	50.00		95.00	0.00	



I

Important Plan Information

*Một số EOB sẽ có các thông báo bổ sung để giúp bệnh nhân hiểu tại sao thủ thuật không được thanh toán.



The Power of Smile™

Truy cập blog của chúng tôi để tìm hiểu về mối liên hệ giữa sức khỏe răng miệng và sức khỏe tổng thể của quý vị:
Blog.DeltaDentalMN.org