DELTA DENTAL®

了解您的福利说明 (EOB)

前往牙医诊所就诊后，您可能会收到 Delta Dental 提供的 EOB，其中详细说明了所进行的治疗以及您的牙科保险计划的承保范围。

A. 这一部分包含投保人和患者身份信息，您需要这些信息来核对理赔状态或对理赔提出异议。

B. **“治疗描述”**解释了您在牙医诊所接受的服务。

C. **“已交金额”**是指牙医收取的服务费用金额。

D. **“允许金额”**显示 Delta Dental 针对每项治疗的合同费用。

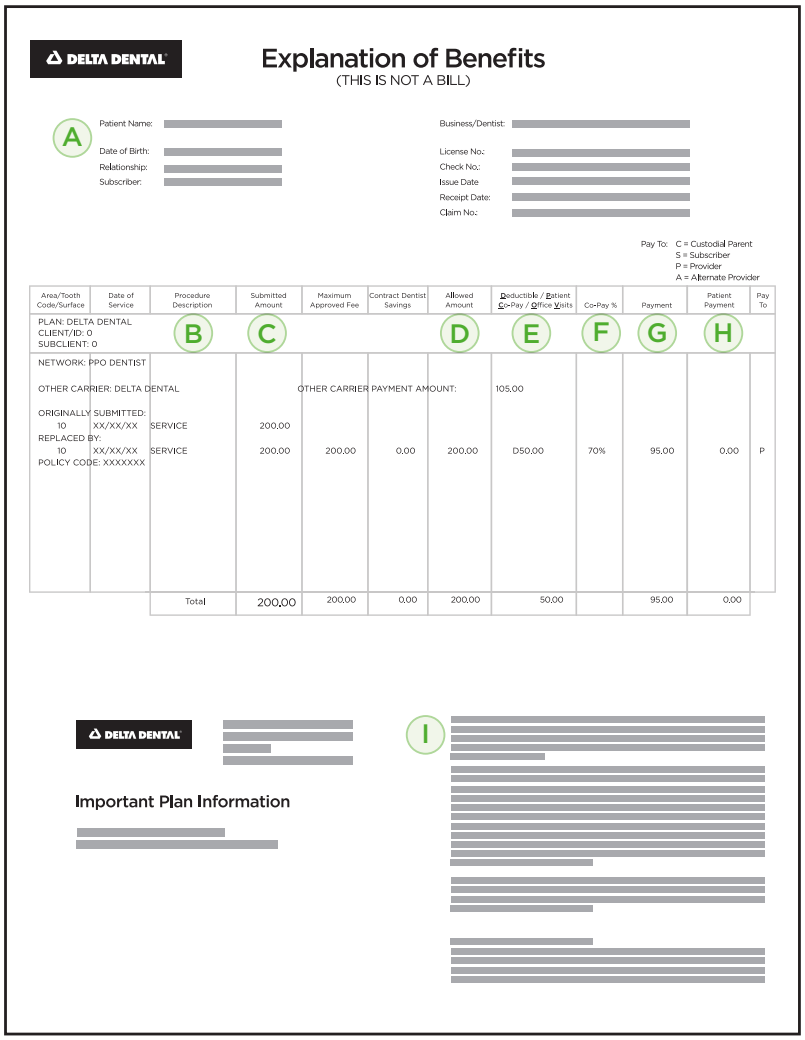
E. 如果您接受的治疗并非由 Delta Dental 完全承保，则**免赔额**是该服务的适用金额。您必须先支付免赔额，Delta Dental 才会支付其承担的费用。

F. **“共付额”**是指保险计划在每次治疗中承担的费用比例。

G. **“付款”**是指 Delta Dental 向您的牙医支付的服务费用金额。

H. **“患者付款”**是指患者应支付给牙医的费用。牙医向您收取的费用不应超过此金额。

I. 这部分包含有关上诉流程的详细信息。



DELTA DENTAL

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 Dentist 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	D50.00	70%	95.00	0.00	P
POLICY CODE: XXXXXXX											
		Total	200.00	200.00	0.00	200.00	50.00		95.00	0.00	

DELTA DENTAL

Important Plan Information

I

有些 EOB 会有附加信息，帮助患者了解治疗费用未获支付的原因。

The Power of Smile™

访问我们的博客，了解口腔健康和整体健康之间的关系：

Blog.DeltaDentalMN.org

DELTA DENTAL®

明尼苏达州 Delta Dental

DDMN.8.14.24

© 2025 年 明尼苏达州 Delta Dental 及其附属公司版权所有。保留所有权利。
明尼苏达州 Delta Dental 是伊利诺伊州芝加哥 Delta Dental Plans Association 的授权被许可人。