



قراءة بيان المزايا والخدمات (EOB)

احرص على دفع الفواتير والاحتفاظ بالمستندات. لن يوافق بعض مقدمي الرعاية على مقابلتك إذا لم تدفع الفواتير الطبية. ويمكنك استخدام الإنترنت للبحث عن معلوماتك الصحية، مثل نتائج الفحوصات والاختبارات أو الأدوية الموصوفة. ويمكن أن يساعدك هذا في العناية بمتابعة صحتك.

بعد زيارة مقدم الرعاية، قد تتلقى بيان شرح المزايا والخدمات المقدم من شركة التأمين. ويعتبر هذا البيان بمثابة نظرة عامة عن المصاريف الإجمالية لزيارتك والمبلغ المطلوب منك ومن خطة التأمين الصحي دفعه. لا يمثل بيان شرح المزايا والخدمات فاتورة، بل يساعدك على التأكد من أنك أنت وعائلتك المستفيدين الوحيدين من التغطية التأمينية. قد تحصل على الفاتورة من مقدم الرعاية بصورة منفصلة.

فيما يلي مثال يوضح بيان شرح المزايا والخدمات

قد يوجد رقم خدمة عملاء خطة التأمين أو الوكالة المختصة ببرنامج Medicaid أو برنامج CHIP بجانب شعار الخطة أو على الجزء الخلفي من بيان شرح المزايا والخدمات.

الطعون والشكاوى

إذا كانت لديك شكوى أو لست راضٍ عن رفض تغطية مطالبات تشملها خطة التأمين الصحي، حينئذ يمكنك تقديم طعن أو رفع شكوى. لطرح أسئلة متعلقة بحقوقك أو للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بخطة التأمين أو برنامج Medicaid أو برنامج CHIP بالولاية. إذا كنت تعتقد أنك تحملت رسوم فحوصات أو خدمات من المفترض تشملها تغطيتك، فاحتفظ بالفاتورة واتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقتك التأمينية أو وثائق الخطة على الفور. وتمتلك شركات التأمين مراكز دعم واتصالات لمساعدة أعضاء الخطة.

بيان شرح المزايا والخدمات (EOB)

خدمة العملاء: 1-800-123-4567

اسم العضو: XXXXXXXX
العنوان: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
المدنية، الولاية، الرمز البريدي: XXXXXXXX

تاريخ البيان: XXXXXXXX
رقم الوثيقة: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

هذا ليس فاتورة
رقم المجموعة: XXXXXXXX

اسم المريض: XXXXXXXX
تاريخ الاستلام: XXXXXXXX

مقدم الرعاية: XXXXXXXX
المدفوع له: XXXXXXXX

رقم المشترك: XXXXXXXX
معرفة الهوية: XXXXXXXX
المجموعة: ABCDE
رقم المجموعة: XXXXXXXX

تفاصيل المطالبة		الرسوم التي يفرضها مقدم الرعاية عليك		مسؤوليتك		التكلفة الإجمالية للمطالبة	
رقم السطر	تاريخ الخدمة	وصف الخدمة	حالة المطالبة	مصاريف مقدم الرعاية	المصاريف المسموح بها	مبلغ السداد المشترك	المبلغ المقطوع
1	3/20/14 3/20/14	الرعاية الطبية	المدفوع	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00
2	3/20/14 3/20/14	الرعاية الطبية	المدفوع	\$375.00	\$118.12	\$0.00	\$35.00
		الإجمالي		\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$35.00

كود الملاحظة: رصيد مدفوعات الأقساط - عندما يتجاوز المبلغ المقيد بالفاتورة الحد الأقصى الذي يسمح به تأمين المدفوعات. ويكون السداد عن المبلغ المسموح به.

1 وصف الخدمة هو وصف لخدمات

الرعاية الصحية التي تلقيتها، مثل الزيارة الطبية أو الاختبارات المعملية أو الفحوصات.

2 مصاريف مقدم الرعاية هي المبلغ الذي

يقدم به مقدم الرعاية فاتورة مقابل زيارتك.

3 المصاريف المسموح بها هي المبلغ

الذي يسترده مقدم الرعاية؛ وقد يختلف هذا المبلغ باختلاف رسوم مقدم الرعاية.

4 المبلغ المدفوع من قبل شركة التأمين

هو المبلغ الذي تدفعه خطة التأمين إلى مقدم الرعاية.

5 المدفوع له هو الشخص الذي يتلقى

أي تعويض عن دفع مبلغ يزيد عن قيمة المطالبة

6 المبلغ المستحق عليك هو المبلغ الذي

يتعين على المريض أو عضو خطة التأمين سداه بعد قيام شركة التأمين بدفع كل شيء آخر. قد تكون سددت جزءاً من هذا المبلغ بالفعل، وقد لا يتم خصم المبالغ المدفوعة مباشرة إلى مقدم الرعاية من هذا المبلغ.

7 كود الملاحظة هو ملاحظة من خطة

التأمين توضح المزيد حول التكاليف والمصاريف والمبالغ التي تم سدادها مقابل زيارتك.

اتصل بخطة التأمين الصحي إذا كان لديك استفسارات حول بيان شرح المزايا والخدمات.