

如何讀您的福利解釋 (EOB)

為了幫助您了解您的保健福利運作方式，「塔夫茨保健計劃」將寄給您一份「福利解釋」(EOB)。您的 EOB 不是帳單。它是一份說明文件，列明您接受過的保健服務，您的保健計劃已經支付的帳單，以及您可能欠保健服務提供者的金額。

如何讀您的 EOB

您的 EOB 分為三個部分。

1 | 收費摘要

您的保健服務提供者針對為您和您家中參與該計劃的家屬提供的保健服務遞交給「塔夫茨保健計劃」(Tufts Health Plan) 的帳單摘要。

2 | 計劃累積

這個部分指出至今為止您已經支付的保健服務費金額，您預期為每個家庭成員和全家支付的金額，以及在您滿足年度上限之前餘下的金額。

3 | 索賠明細

向「塔夫茨保健計劃」遞交的每一項索賠的具體資訊，包括接受服務的日期、進行的程序、索賠收費以及「塔夫茨保健計劃」對該索賠的處理方式。

TUFTS Health Plan
No one does more to keep you healthy.
705 Mount Auburn Street
Watertown, MA 02472-1508

Return Service Requested

10244 0.3516 AT 0.346
3-DIGIT 018
30
JOHN SAMPLE
123 MAIN STREET
ANYTOWN, MA 12345

This is your Explanation of Benefits (EOB)

This statement acts as a processed claims report and shows how we applied your coverage to claim(s) submitted to us.

***** This is NOT a bill. *****

208806090123

Plan Type: **Sample**
Group Name: **SAMPLE**
Date Issued: **03/01/2012**

1 OF 1 F
ENV 10244

Register at www.tuftshealthplan.com and get the most value from your plan! View and print your EOBs, check your benefits and coverage amounts, review claims, change your PCP and more - quickly and easily in your secure online account!

Processed Claims Report

Summary of Submitted Charges:

Member Name	Charged	Allowed	Paid by Health Plan	Deductible	Copay	Coinsurance	Not Covered
JOHN SAMPLE	270.00	246.41	246.41	0.00	0.00	0.00	0.00

Plan Accumulations:

JOHN SAMPLE				FAMILY			
Authorized Plan Accumulations	Accrued Medical	Remaining	Annual Limit	Authorized Plan Accumulations	Accrued Medical	Remaining	Annual Limit
Individual Deductible	\$0.00	\$0.00	\$0.00	Family Deductible	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Individual Out-of-Pocket	\$0.00	\$0.00	\$0.00	Family Out-of-Pocket	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Claim Details:

Patient Name: JOHN SAMPLE Provider: DOE, JANE, M.D.
Patient Number: 123456789 01 Claim Number: 123456AW

Date of Service	Procedure	Charged	Allowed	Paid by Health Plan	Deductible	Copay	Coinsurance	Not Covered	Notes
01/01/2012	ELECTROCARDIOGRAPHY	65.00	41.41	41.41	0.00	0.00	0.00	0.00	
01/01/2012	OFFICE OR OTHER	205.00	205.00	205.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Claim Total:		270.00	246.41	246.41	0.00	0.00	0.00	0.00	

You owe **\$0.00** to **DOE, JANE, M.D.** This value includes amounts you may have already paid at the time of service. **THIS IS NOT A BILL.**

1

2

3

您要知道的詞彙

收費金額 (Charged)

您的保健服務提供者針對為您提供的保健服務收取的金額。

准許金額 (Allowed)

「塔夫茨保健計劃」針對您接受的服務可以付給您的保健服務提供者的金額。該金額可能低於服務提供者的收費金額。

服務提供者 (Provider)

為您提供保健服務的保健專業人員的姓名。

索賠 (Claim)

您的保健服務提供者針對為您提供的保健服務遞交給「塔夫茨保健計劃」的帳單。

索賠號碼 (Claim Number)

「塔夫茨保健計劃」給服務提供者向該計劃遞交的每一張帳單編的號碼。

共付額 (Copay)

您為一些服務或藥品支付的金額。例如，每次看病一般的共付額為 20 美元。

共同保險 (Coinsurance)

您和「塔夫茨保健計劃」分擔保健服務費。在一些情形中，這種費用分擔在您付清自付額之後開始。它通常是服務收費的一定百分比。請查看您的計劃，了解適用於您的規定。

服務日期 (Date of Service)

提供保健服務的日期。

自付額 (Deductible)

在您付清自付額之後，「塔夫茨保健計劃」開始付款。

不承保的金額 (Not Covered)

「塔夫茨保健計劃」不承保的保健服務費金額。您可能需要向您的服務提供者支付該金額。

備註 (Notes)

如果「塔夫茨保健計劃」沒有全額支付索賠，我們在您的 EOB 最後一頁為您說明原因。每一項原因都有一個兩位數的代碼。該代碼也列在 EOB 收費摘要中適用索賠項目之後。

付現金額 (Out-of-Pocket)

在承保保健服務的每一年為了滿足您的自付額及（或）共同保險額而由您負責支付的金額。共付額可能計入您的自付額，也可能不計入。請查看您的計劃，了解適用於您的規定。

保健計劃支付的金額 (Paid by Health Plan)

「塔夫茨保健計劃」向您的保健服務提供者支付的金額。

病人姓名 (Patient Name)

保健服務接受者的姓名。

程序 (Procedure)

所列日期提供的保健服務的簡要說明。

要求審查 (Request a Review)

如果「塔夫茨保健計劃」沒有支付部分或全部索賠，您有權利詢問沒有支付的理由，並且要求我們看看是否將改變決定。這項要求叫做上訴。關於上訴程序的詳細資訊，請參閱您的 EOB 的最後一頁。

您欠的金額 (You Owe)

您在每一項索賠中可能欠您的保健服務提供者的金額。您在接受服務時可能已經支付了該金額中的一部分。請記住，這份 EOB 不是帳單。如果您欠您的保健服務提供者的服務費，您的保健服務提供者將直接向您收取。

以環保方式讀取您的福利解釋 (EOBs)

您可以上網直接閱讀您的 EOBs，而不用通過美國郵局寄給您。欲獲得這項服務，請登錄 tuftshealthplan.com 網站，把您的 EOB 交付方式改成“無紙化”。您可以隨時在您的網上帳戶閱讀和打印 EOBs。

