

# CÓMO INTERPRETAR LA EXPLICACIÓN DE SUS BENEFICIOS DENTALES

"How to Read Your Dental Explanation of Benefits" is also available in English. You can access this form in the member section on our website at [www.odscompanies.com](http://www.odscompanies.com).

1. El paciente que recibió servicios.
2. Éste es el número del reclamo para los servicios recibidos.
3. El proveedor de los servicios.
4. La fecha cuando el servicio fue recibido.
5. El tipo de servicio recibido.
6. El código que describe el servicio recibido.
7. Ésta es la cantidad que fue cobrada.
8. Ésta es la cantidad (si la hay) que está siendo rechazada.
9. Esto muestra todos los cargos que han sido aplicados al deducible de su plan. El deducible es restado de los cargos cubiertos y el paciente es responsable de pagarlo.

10. Esto muestra la cantidad que usted se ahorró al usar un proveedor participante de ODS/Delta. Usted no es responsable de estos descuentos del proveedor.

4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	15.	16.
FOR SERVICES FROM TO	TYPE OF SERVICE	PROCEDURE CODE	TOTAL CHARGES	DISALLOWED CHARGES	DEDUCTIBLE (-)	PROVIDER DISCOUNT	REMAINING COVERED CHARGES	CO-PAY	TOTAL BENEFIT	PATIENT RESPONSIBILITY	COMMENTS
<b>1.</b> PATIENT: JUAN CLIENTE											
			<b>2.</b> CLAIM: D5555521-00				<b>3.</b> PROVIDER: SAM SANDER DMD			<b>14.</b> PAYEE: SAM SANDER DMD	
0501 050105	EXAM: INITIAL	D0150	50.00	.00	.00	.00	50.00	.00	50.00	.00	
0501 050105	PROPHY: ADULT	D1110	60.00	.00	.00	.00	60.00	.00	60.00	.00	
0501 050105	XRAY : FM SERIES	D0274	40.00	.00	.00	.00	40.00	.00	40.00	.00	
TOTALS			150.00	.00	.00	.00	150.00	.00	150.00	.00	
<b>PATIENT: JUAN CLIENTE</b>											
			CLAIM: D5555524-00				PROVIDER: SAM SANDER DMD			PAYEE: SAM SANDER DMD	
0101 010106	AMAL: 2 SRF PERM	D2150	100.00	.00	25.00	25.00	50.00	10.00	40.00	35.00	R8
TOTALS			100.00	.00	25.00	25.00	50.00	10.00	40.00	35.00	
<b>PATIENT: JOSE CLIENTE</b>											
			CLAIM: D5555526-00				PROVIDER: SAM SANDER DMD			PAYEE: SAM SANDER DMD	
0101 010106	EXAM: INITIAL	D0150	50.00	.00	.00	.00	50.00	.00	50.00	.00	
0101 010106	PROPHY:ADULT	D1110	60.00	.00	.00	.00	60.00	.00	60.00	.00	
0101 010106	XRAY: 4 BITEWINGS	D0274	40.00	.00	.00	.00	40.00	.00	40.00	.00	
0101 010106	FLUORIDE: ADULT	D1204	20.00	.00	.00	.00	20.00	.00	20.00	.00	
TOTALS			170.00	.00	.00	.00	170.00	.00	170.00	.00	
<b>PATIENT: MARIA CLIENTE</b>											
			CLAIM: D5555525-00				PROVIDER: SAM SANDER DMD			PAYEE: SAM SANDER DMD	
0101 010106	AMAL: 2 SRF PERM	D2150	100.00	.00	25.00	25.00	50.00	10.00	40.00	35.00	R8
TOTALS			100.00	.00	25.00	25.00	50.00	10.00	40.00	35.00	

COMMENTS:  
 \*\*\* PAYMENT FOR THESE SERVICES IS DETERMINED BASED ON THE SPECIFIC TERMS OF YOUR DENTAL PLAN OR DELTA'S AGREEMENTS WITH DELTA NETWORK DENTISTS.  
 R8 THE CHARGE EXCEEDS THE AMOUNT ALLOWED.

17.			
JUAN CLIENTE	HAS MET \$	.00 OF THE \$	25.00 PATIENT DEDUCTIBLE FOR THE 2005 BENEFIT YEAR.
	HAS MET \$	150.00 OF THE \$	1,000.00 MAXIMUM FOR THE 2005 BENEFIT YEAR.
	HAS MET \$	25.00 OF THE \$	25.00 PATIENT DEDUCTIBLE FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.
	HAS MET \$	40.00 OF THE \$	1,000.00 MAXIMUM FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.
JOSE CLIENTE	HAS MET \$	.00 OF THE \$	25.00 PATIENT DEDUCTIBLE FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.
	HAS MET \$	170.00 OF THE \$	1,000.00 MAXIMUM FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.
MARIA CLIENTE	HAS MET \$	25.00 OF THE \$	25.00 PATIENT DEDUCTIBLE FOR THE 2005 BENEFIT YEAR
	HAS MET \$	40.00 OF THE \$	1,000.00 MAXIMUM FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.THE FAMILY
THE FAMILY	HAS MET \$	0.00 OF THE \$	75.00 FAMILY DEDUCTIBLE FOR THE 2005 BENEFIT YEAR.
	HAS MET \$	50.00 OF THE \$	75.00 FAMILY DEDUCTIBLE FOR THE 2006 BENEFIT YEAR.

THIS IS NOT A BILLING. PLEASE SAVE THIS COPY FOR YOUR RECORDS.

Deducible del paciente por el año de beneficios.

La cantidad máxima gastada por el año de beneficios.

Deducible de la familia por el año de beneficios.

Este no es un cobro. Por favor guarde esta copia para sus registros.

11. Un cargo cubierto es la cantidad permitida después de que los cargos no permitidos, el deducible y el descuento del proveedor son restados.
12. Esta cantidad es la diferencia entre el cargo cubierto y la cantidad pagada. El paciente es responsable de pagar esta cantidad.
13. Esto muestra la cantidad del beneficio que ha sido pagada por Oregon Dental Service.
14. El "Beneficiario" identifica a quién Oregon Dental Service le hizo el pago por el beneficio.

15. Esto muestra la cantidad que el paciente le pagará al proveedor.
16. La explicación de los códigos en esta columna aparece al final de la página como comentarios. Vea las explicaciones de códigos adicionales al dorso.

17. Si hay un deducible, esta sección identificará la cantidad aplicada hacia el deducible anual hasta la fecha y esta sección también mostrará la cantidad máxima anual gastada.

Si tiene preguntas, por favor llame a nuestra línea de servicios para los clientes entre las 7:30 a.m. y 5:30 p.m. hora estándar del Pacífico al 503-265-2963 (en el área de Portland) o gratis al 1-877-299-9063.

## Códigos de explicación dentales y comentarios

CÓDIGOS DE EXPLICACIÓN	COMENTARIOS
>4	EL MIEMBRO YA NO CALIFICA. POR FAVOR REVISE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.
D04	NO SE PUEDEN DETERMINAR LOS BENEFICIOS. LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PROVEEDOR NO FUE RECIBIDA PARA DEMOSTRAR LA NECESIDAD DE SERVICIOS.
D18	LOS RELLENOS (EMPASTE) DEL COLOR DE LOS DIENTES EN LOS DIENTES TRASEROS NO SON UN BENEFICIO. SE PERMITIRÁ UN RELLENO (AMALGAMA) DE PLATA.
D23	LAS CORONAS DE PORCELANA, SI VAN DETRÁS DE LA PRIMERA MUELA SUPERIOR Y DEL SEGUNDO BICÚSPIDE INFERIOR, SON OPCIONALES. EL BENEFICIO ES PARA UNA CORONA DE ORO COMPLETA.
D29	EL PAGO ES HECHO PARA RESTAURACIONES MOLDEADAS, CORONAS DE PORCELANA Y/O UN APARATO PROSTÉTICO UNA VEZ EN UN PERÍODO DE CINCO AÑOS.
D30	LAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS, FIJACIONES DE PRECISIÓN, IMPLANTES Y RECUBRIMIENTOS NO ESTÁN CUBIERTOS.
D40	SE HA OFRECIDO UN BENEFICIO ALTERNO BASADO EN LA LIMITACIÓN DEL CONTRATO.
D62	NO SE HACEN PAGOS POR SERVICIOS DE ORTODONCIA, INCLUYENDO DIAGNÓSTICOS Y APARATOS PARA ARREGLAR DIENTES.
D76	SI EL SEGURO PRIMARIO NO PAGÓ LA CANTIDAD COMO SE MUESTRA, POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA DE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS PARA QUE SEA EVALUADA Y/O PARA ENVIARLE UN AJUSTE.
D81	EL BENEFICIO MÁXIMO PERMITIDO BAJO LA CLÁUSULA DE NO DUPLICACIÓN ES NUESTRO BENEFICIO NORMAL MENOS LA CANTIDAD PAGADERA BAJO EL PLAN PRIMARIO.
D88	BASÁNDOSE EN LA EVALUACIÓN DEL CONSULTOR, NO SE ESTABLECIÓ LA NECESIDAD DE DAR SERVICIO. EL TRATAMIENTO ES CONSIDERADO COMO PARTE DE LA RESTAURACIÓN.
D89	BASÁNDOSE EN LA EVALUACIÓN DEL CONSULTOR, EL BENEFICIO ES LIMITADO.

CÓDIGOS DE EXPLICACIÓN	COMENTARIOS
D92	LAS CORONAS PARCIALES DE PORCELANA/RESINA EN LOS DIENTES POSTERIORES SON OPCIONALES. EL BENEFICIO SE OFRECE PARA CORONAS PARCIALES METÁLICAS.
L25	EL BENEFICIO MÁXIMO SE HA CUBIERTO PARA ESTE AÑO DEL BENEFICIO.
L35	EL MÁXIMO TOTAL DE POR VIDA DE ORTODONCIA HA SIDO CUBIERTO.
Q1	ESTE RECLAMO HA SIDO PROCESADO PREVIAMENTE. POR FAVOR REVISE SUS ARCHIVOS.
R0	ESTE SERVICIO NO ESTÁ CUBIERTO.
R1	EL COSTO COBRADO EXCEDE LA CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA.
R5	SE HA LLEGADO A LA CANTIDAD MÁXIMA PERMITIDA POR SERVICIOS DE ESTE TIPO.
R6	EL COBRO EXCEDE LA CANTIDAD PERMITIDA POR DELTA.
R8	EL COBRO EXCEDE LA CANTIDAD PERMITIDA.
S5	NO SE ENVIÓ A TIEMPO. EL RECLAMO FUE ENVIADO DESPUÉS DEL LÍMITE DE TIEMPO DEL CONTRATO.
S6	EL DEPENDIENTE EXCEDE LA EDAD MÁXIMA.
W1	SE HA APLICADO EL DESCUENTO DEL PROVEEDOR.
W6	EL CARGO EXCEDE LA CANTIDAD PERMITIDA.
48B	NO SE HA RECIBIDO LA INFORMACIÓN SOLICITADA DEL MIEMBRO SOBRE LA COBERTURA OFRECIDA POR OTRO SEGURO.
74	POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA DE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA. SU RECLAMO SERÁ EVALUADO/AJUSTADO CUANDO RECIBAMOS ESTA INFORMACIÓN.

Si no puede encontrar un código de explicación específico en la lista de arriba, o si tiene más preguntas, por favor llame a la línea en español de servicios para los clientes al 503-265-2963 (en el área de Portland) o gratis al 1-877-299-9063.