

1. **Nombre del Grupo:** Nombre del empleador del miembro suscrito asociado con UnitedAg.
2. **Número de Grupo:** Número del empleador del miembro suscrito asociado con UnitedAg.
3. **ID de miembro:** El número de identificación único de UnitedAg del miembro (suscritor).
4. **Dirección postal del Paciente:** La dirección a la que se envió el EoB en conexión al paciente. (Los pacientes mayores de 18 años recibirán su propio EoB y se enviarán por correo a su dirección en el archivo)
5. **Período de Servicio:** Este rango de fechas son las fechas reales de servicio de los reclamos recibidos y procesados



UNITED AGRICULTURAL BENEFIT TRUST
54 CORPORATE PARK
IRVINE CA 92606-5105

1366 56780

Explanation of Benefits

**RETAIN FOR TAX PURPOSES
THIS IS NOT A BILL
ESTO NO ES UNA FACTURA**

Forwarding Service Requested

1

2

3

*****ALL FOR AADC 932 12

08-07A-25-ENV 4351

JOHN JOHN
1234 MIDDLE AVE
LOS ANGELES, CA 91234

Member Services

Group Name: ABC Group, Inc.
Group No: 1234
Date: 12/08/21
Member ID: 1234456780

Website: www.unitedag.org
Email: memberservices@unitedag.org

Questions: Do you have questions and would like to talk to someone? Please contact the Member Services Department at: (800) 223-4590.

Si usted tiene una pregunta y le gustaría hablar con alguno de nuestros representantes, por favor comuníquese al Departamento de Servicios al Miembro: (800) 223-4590.

5 For Dates of Service: 11/02/2021 thru 11/13/2021

Total Billed Amount	This is the total amount your provider(s) charged for services received from 11/02/2021 through 11/13/2021
\$1,234.03	
Total Amount Paid By Plan	This is the amount the plan paid on your behalf for services you received. Please see the claim detail section below for more information.
\$49.17	
Your Financial Responsibility	This is the amount the provider(s) of service may bill you after your health plan benefits were paid. Typically a plan participant may be billed by the provider of service because they may have a deductible, co-pay, coinsurance (%), or the service is not covered by the health plan. Amounts shown here do not reflect any payments made at the point of service. A breakdown of your total financial responsibility is shown in the claim detail for each member.
\$446.91	

6	Claim Summary											7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Claim #	Dates of Service	Patient Name	Billed Amount	Discount Amount	Ineligible Amount	Allowed Amount	Deductible Amount	Co-Pay Amount	Pre-Paid Other Ins.	Plan Payment	Patient Responsibility										
	2021-XXXXXXX-0000	11/02/2021-11/02/2021	John John	\$649.03	\$368.58	\$0.00	\$280.45	\$280.45	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$280.45										
	2021-XXXXXXX-0000	11/08/2021-11/08/2021	John John	\$193.00	\$98.83	\$0.00	\$94.17	\$0.00	\$45.00	\$0.00	\$49.17	\$45.00										
	2021-XXXXXXX-0000	11/11/2021-11/11/2021	John John	\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$121.46										
	2021-XXXXXXX-0000	11/13/2021-11/13/2021	John John	\$122.00	\$122.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00										
	Column Totals			\$1,234.03	\$737.95	\$0.00	\$496.08	\$401.91	\$45.00	\$0.00	\$49.17	\$446.91										

6. **Resumen de Reclamo:** Resumen de los reclamos incurridos dentro del período de servicio.
7. **Fechas de Servicio:** Fechas en que se trató al paciente.
8. **Nombre del Paciente:** Miembro que recibió servicios de beneficios bajo esta explicación.
9. **El Monto Facturado:** El monto facturado por los servicios recibidos.
10. **El Monto Descuento:** Este es el descuento de la red.
11. **El Monto no Elegible:** Monto que no es elegible para los beneficios bajo el Plan.
12. **El Monto Permitido:** El monto total facturado menos el descuento de la red por cada servicio de beneficios recibido según el Plan.
13. **El Monto Deducible:** La cantidad de gasto cubierto en la que debe incurrir un determinado miembro antes de que se paguen los beneficios de acuerdo con los términos del Plan.
14. **Monto del Copago:** Cantidad aplicada al copago y / o deducible del paciente.
15. **Prepago por otro Seguro:** Monto pagado por otro plan de seguro.
16. **Plan de Pago:** Pago total enviado al proveedor y / o miembro por UnitedAg.
17. **Responsabilidad del Paciente:** El saldo restante adeudado / adeudado al proveedor después del copago, el total permitido y el descuento de la red se han aplicado al reclamo. A cargo del miembro directamente al proveedor.

19

Claim: 2021-XXXXXX-0000

21

Member ID: 1234L56780

26

Oper #: 10

27

Provider: ADVENTIST HEALTH PHYSICIANS NE

20

Patient: John John

21

Patient Account #:1234567S123456

27

Provider #: 680357690

22	Dates of Service	23	Procedure	24	Remark Code	Network	Billed Amount	Discount Amount	Ineligible Amount	Allowed Amount	Deductible Amount	Co-Pay Amount	Co-Insurance	Remaining Paid At	Payment Amount
	11/11/2021-11/11/2021		PROCEDURE		1 13	1	\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00	70%	\$0.00
	Column Totals						\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00		\$0.00

Patient Responsibility to Provider...

\$121.46

Patient Responsibility to Provider...	\$121.46
---------------------------------------	----------

18. **Detalle de Reclamo:** Información detallada sobre los reclamos dentro del período de servicio y con las reclamaciones enumeradas en el Resumen de reclamaciones (consulte el punto 5).
19. **Número de Reclamo:** Número único asignado a su reclamo por UnitedAg, deberá referirse a este número cuando llame a UnitedAg con preguntas sobre su reclamo.
20. **Número de Cuenta del Paciente:** Número de cuenta del paciente asignado por el proveedor.
21. **Número de Operador:** Examinador de UnitedAg que procesó el reclamo.
22. **Fechas de Servicio:** Fechas cuando el paciente fue tratado.
23. **Procedimiento:** Tipo de servicio recibido del proveedor.
24. **Código de Observación:** Cuando está presente, este código está conectado a notas (consulte el punto 28) que proporcionan información general sobre el reclamo.
25. **Red:** La red vinculada a los beneficios utilizados para procesar el reclamo (consulte punto 30).
26. **Proveedor:** Médico, ubicación o médico que prestó sus servicios de beneficios. Este también puede ser el servicio de facturación que produjo los cargos facturados identificados en el EoB.
27. **Número de Proveedor:** El número de proveedor asignado.
28. **Descripción del Código de Observación:** Notas detalladas que ayudan a explicar los ajustes asociados con el reclamo.

8	Remark Code Description
1	Applied To Deductible
13	PPO Benefits Applied
15	Co-Benefits Applied

29

		Accumulators	
Description		Amount Met	Amount Remaining
Individual In-Network Deductible		\$923.18	\$3,076.82
Individual In-Network Out of Pocket			\$6,627.46
Individual Out-of-Network Deductible		\$0.00	\$8,000.00
Individual Out-of-Network Out of Pocket			\$30,000.00

30	Network Information
1	These claims are being paid pursuant to your contract with Blue Shield of California. Blue Shield of California, an independent member of the Blue Shield Association, provides network access only, and no network access is available from Blue Cross Blue Shield plans outside of Blue Shield of California's service area. Blue Shield of California provides no claims payment services and does not assume financial risk or obligation with respect to claims.

[illegible]

29. Acumulación de Deducibles y Gastos de Bolsillos:

Esto incluye detalles sobre el deducible y los gastos de bolsillo de la persona, tanto dentro como fuera de la red. Para cada uno, se muestra el monto aplicado y el restante.

30. Información de Red:

Información en la red bajo la cual se pagó el reclamo.

31. Derechos de Apelación del Paciente:

Información que describe los derechos del paciente para apelar cualquier determinación de beneficios y el proceso para hacerlo.

Sí usted tiene preguntas, por favor comuníquese al Departamento de Servicio a Miembros al teléfono 800.223.4590 o email: memberservices@unitedaq.org.

