

# Understanding Your Explanation of Benefits

You may receive an Explanation of Benefits (EOB) from Health Net of California, Inc. or Health Net Life Insurance Company (Health Net) after you use your health plan benefits. **An EOB is not a bill.** It is a brief description of the benefits applicable to the services you received. The EOB shows the amount your provider billed Health Net, the amount Health Net paid, and the portion of services that may be your responsibility. A sample EOB is shown below with the most common sections described. Depending on the services you receive and your plan type, your EOB may have data in the same or different areas.

**Health Net Mobile App**  
No matter where you are or what you're doing – you've got Health Net! Download our app today!

**EXPLANATION OF BENEFITS**  
**This is not a Bill**  
This detailed explanation will clarify your payment responsibilities or reimbursement. It is provided based on state regulations. Please see last page for important information and telephone numbers.

Health Net of California, Inc.  
Questions? Contact us at [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) or phone us at 1-800-891-3386 or write us at this address:  
P.O. BOX 10196  
VAN NUYS, CA 91410-0196

**Health Net®**

**Membership Information**

Subscriber:	JOHN DOE
Subscriber #:	R00000000
Group #:	0000A

**Medical Benefits Plan Summary for 2015**

	Amount Accrued to Date
Individual Deductible	\$0.00
Lifetime Maximum	\$0.00
Member Coinsurance	\$0.00
Family Deductible	\$0.00

Medical Plan Summary information may not reflect all amounts incurred to date.

JOHN DOE  
12 MAIN STREET  
LOS ANGELES, CA 92308

**Claim Information**

Date Claim Processed:	09-01-2015
Claim #:	XXXXXX-XXX-XXX
Provider:	JOHN DOE, M.D.
Remittance Advice #:	000000000

**Claim Payment Summary**  
Patient Name: JOHN DOE

Date of Service	Type of Service	Amount Billed (\$)	Amount Not Allowed (\$)	Allowed Amount (\$)	Codes	Amount Other Carrier Paid	Amount Previously Paid by Health Net (\$)	Total Amount Paid by Health Net (\$)	Your Co-insurance (\$)	Your Deductible (\$)	Your Copay (\$)	Total Provider May Bill You (\$)	Payment Issued to Member (\$)
02-09-15	OUTPATIENT	\$383.00	\$383.00	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$1,387.20	\$1,387.20	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$659.84	\$659.84	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$60.00	\$60.00	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$60.00	\$60.00	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$60.00	\$60.00	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
02-09-15	OUTPATIENT	\$6,125.84	\$6,125.84	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
<b>Total</b>		<b>\$8,735.88</b>	<b>\$8,735.88</b>	<b>\$0.00</b>		N/A	N/A	N/A	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$8,735.88</b>	<b>N/A</b>

## Questions?

If you have questions about an EOB you received, please call our Customer Contact Center. You'll find the number on the front of your EOB near your mailing address.

**Karen Boyd,**  
**Health Net**  
*We help members make informed decisions.*



- Date, type of service and the amount your provider billed to Health Net.
- Difference between the Allowed Amount and the Amount Billed that is not eligible for payment by Health Net.
- Rate that Health Net and the provider have agreed to for the service. If the service was received from an out-of-network provider, this amount is equal to the allowable amount that Health Net pays for the service.
- Codes refer to the reason for any non-allowed amount, and are further described at the bottom of the form.
- Amount previously paid toward the billed service(s) by either another carrier or Health Net.
- Amounts that are your responsibility to pay, per your plan agreement.
- Amount the provider may bill you, per your plan agreement. The provider will bill you separately for this amount. You do not pay it to Health Net.
- Any amount that is due to you rather than the provider.




# Comprensión de su Explicación de Beneficios

Puede recibir una Explicación de Beneficios (por sus siglas en inglés, EOB) de Health Net of California, Inc. o Health Net Life Insurance Company (Health Net) después que use sus beneficios del plan de salud. **Una EOB no es una factura**, sino una descripción breve de sus beneficios aplicables a los servicios que recibió. La EOB muestra la cantidad que su proveedor facturó a Health Net, lo que Health Net pagó y la parte de los servicios que pueden ser su responsabilidad. A continuación, encontrará una muestra de una EOB con las secciones más comunes descritas. Dependiendo de los servicios que reciba y de su tipo de plan, su EOB puede tener información en la misma área o en otras áreas.

**Aplicación móvil de Health Net**  
No importa dónde se encuentre o qué esté haciendo; ¡usted cuenta con Health Net! Descargue nuestra aplicación hoy mismo.

**Explicación de Beneficios**  
**Esto no es una factura**  
Esta explicación detallada aclarará su obligación de pago o reembolso. Se brinda según las normas del estado. En la última página encontrará información importante y números telefónicos.



**Health Net**  
#REGUNTA? Comuníquese con nosotros en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) o llámenos al 1-888-802-7001 o escribiéndonos a esta dirección:  
P.O. Box 10196  
VAN NUYS, CA 91410-0196  
JOHN DOE  
12 MAIN STREET  
LOS ANGELES, CA 92308  
97225-7001

Información del miembro	
Suscriptor:	JOHN DOE
Número del suscriptor:	R0000000
Número de grupo:	00000A

Información del reclamo	
Fecha en que se procesó el reclamo	09-01-2015
Reclamo no.	XXXXXXXX-XXX-XXX
Proveedor:	JOHN DOE, M.D.
Aviso de remesa:	0000000000

Resumen del Plan Médico del 2015	
	Cantidad acumulada hasta la fecha
Deducible individual	\$0.00
Máximo de por vida	\$0.00
Coseguro del Afiliado	\$0.00
Deducible familiar	\$0.00

La información en el resumen del plan medico no refleja necesariamente el cantidad incurrido hasta el presente

**Resumen de pago de reclamos**  
**Nombre del Paciente: JOHN DOE**

Fecha de servicio	Tipo de servicio	Monto facturado (\$)	Cantidad No Permitida (\$)	Cantidad Permitida (\$)	Códigos	Monto que pagó otra aseguradora	Monto anteriormente pagado por Health Net (\$)	Monto pagado por Health Net (\$)	Su coseguro (\$)	Su deducible (\$)	Su copago (\$)	Total que el proveedor puede facturarle (\$)	Pago emitido al afiliado (\$)
2-9-15	PACIENTE EXTERNO	\$383.00	\$0.00	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
2-9-15	PACIENTE EXTERNO	\$1,387.20	\$1,387.20	\$0.00	8				\$0.00	\$0.00	\$0.00		
<b>Total</b>		<b>\$1,770.20</b>	<b>\$1,770.20</b>	<b>\$0.00</b>	<b>8</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$1,770.20</b>	<b>N/A</b>

## ¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre una EOB que haya recibido, llame a nuestro Centro de Comunicación con el Cliente. Encontrará el número en la portada de su EOB cerca de la dirección de correo.

**Karen Boyd,**  
**Health Net**

*Ayudamos a los afiliados a tomar decisiones informadas.*



- Fecha, tipo de servicio y la cantidad que su proveedor facturó a Health Net.
- Diferencia entre la Cantidad Permitida y el Monto Facturado que no es elegible para pago por parte de Health Net.
- Tasa que Health Net y el proveedor han acordado por el servicio. Si recibió el servicio de un proveedor fuera de la red, esta cantidad es igual a la cantidad permitida que Health Net paga por el servicio.
- Los códigos se refieren al motivo por cualquier cantidad no permitida, y se describe en más detalle al final de este formulario.
- Cantidad pagada previamente para el(los) servicio(s) facturados por otra compañía de seguros o por Health Net.
- Cantidades cuyo pago, de acuerdo con el contrato de su plan, son su responsabilidad.
- Cantidad que el proveedor puede facturarle según el contrato de su plan. El proveedor le facturará esta cantidad por separado. Usted no la paga a Health Net.
- Cualquier cantidad que se le adeuda a usted en lugar del proveedor.

