



P.O. Box 7240
Newport Beach, CA 92658
Tel: (800) 777-7898

Prudent Buyer Plan [®]

Forwarding Service Requested

EXPLANATION OF BENEFIT – THIS IS NOT A BILL EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS – ESTE NO ES UN COBRO

Bar Code

JOHN DOE
17620 FITCH STREET
IRVINE, CA 92614-6022

1

Please visit our website at www.wga.com and click on the Healthview link in the Insurance section to view your claims, request ID cards, locate a provider, or access your plan benefit summaries anytime, 24/7.

John Doe & Sons Benefit Plan, Health Benefits Provided by Western Growers Assurance Trust

Claim Number: 1010101010 ²	⁵ Provider Tax ID: 123456789-10	⁸ HCID: W00-00-0000-00
Employee: DOE, JOHN ³	⁶ Provider Name: MARY SMITH MD	⁹ Check #: 0000010101
Patient Name: JOHN ⁴	⁷ Patient Account: 1234567	¹⁰ Issue Date: 09/09/10

11 Date(s) Incurred	12 Service	13 Billed Amount	14 Discount Amount*	15 Allowed Amount	16 Deductible Amount	17 Co-ins Amount	18 Co-pay Amount	19 Plan Benefits Paid			20 Remarks Code
								0%	80%	100%	
04/07/10 -04/07/10	99203-Office Visit	500.00	110.00	390.00	0.00	0.00	25.00			0.00	1
Claim Totals:		500.00	110.00	390.00	0.00	0.00	25.00			0.00	

Allowed Amount *Cantidad Permitida:* \$390.00
 Total Benefits Paid *Total de Beneficios Pagado:* ²¹ \$ 390.00
 Amount You Owe Provider *Total de Paciente Responsabilidad:* \$ 25.00

Remark Codes/Special Explanations ²⁰

*Discount Amount – This amount is your discount for using a Participating Provider. You are not responsible for this amount.
 *Cantidad de Descuento – Esta cantidad es su descuento por usar un Proveedor Participante. Usted no es responsable por esta cantidad

[1] CLAIM PAID IN ACCORDANCE WITH YOUR PRUDENT BUYER PLAN

SATISFIED AS OF THIS CLAIM	IN NETWORK DEDUCTIBLE**	IN NETWORK OUT OF POCKET**	OUT OF NETWORK DEDUCTIBLE** ³⁰	OUT OF NETWORK OUT OF POCKET** ³¹
Individual	\$488.39 ²²	\$1093.99 ²⁶	N/A	N/A
Family	\$605.33 ²³	\$1155.00 ²⁷	N/A	N/A
Plan Year 2010 Requirements	\$500.00 ²⁴ \$1000.00 ²⁵	\$2000.00 ²⁸ \$4000.00 ²⁹	N/A N/A	N/A N/A

**Deductible and Out of Pocket amounts may vary on each Explanation of Benefits (EOB) you receive based upon the issue date and any adjustments made to your claims. (Cantidades de Deducible y Desembolso pueden variar en cada EOB que usted reciba dependiendo en la fecha de emision y cualquier ajuste hecho)

Claim Level Adjustment Detail	
Coordination of Benefits (COB) Description [Section only prints when COB is applicable]	
COB – Allowable expense (COB – Cargo permitido)	³² \$0.00
COB – Other Plan(s) Paid (COB – Otro Plan Pago)	³³ -\$0.00
COB – Expense Remaining (COB – Cargo restante)	³⁴ \$0.00
Benefits Paid on This Claim (Beneficios Pagados en Este Reclamo)	³⁵ \$0.00

Western Growers Assurance Trust
HOW TO READ YOUR EXPLANATION OF BENEFITS (EOB)
(See corresponding numbers on sample EOB)

- #1 This box refers you to an online resource, Healthview, that is available seven days a week, 24 hours a day to assist you with a variety of resources and information. It is easy to use and easy to access through the Internet at www.pinnacletpa.com. Just have your healthcare ID number (HCID) found on the back of your ID card ready. You then set up a password. Your dependents should register, especially those over age 18. Your information is always secure.
- #2 **Claim Number** – This is an internally assigned number that identifies the patient’s claim in the claim system.
- #3 **Employee** – This is the name of the subscriber on the benefit plan that is employed by the company.
- #4 **Patient Name** – This is the name of the patient, subscriber or subscriber’s dependent, who sought treatment.
- #5 **Provider Tax ID** – This identifies the provider that sent the claim to us.
- #6 **Provider Name** – This is the name of either the provider who actually treated the patient or the name of the group of physicians where services were given to the patient.
- #7 **Patient Account** – This is the number the patient’s provider uses to identify the patient in their system.
- #8 **HCID** – This is the subscriber’s healthcare ID number located on the back of the ID card, along with an internally assigned two digit extension that describes the patient’s relationship to the subscriber.
- #9 **Check #** - This is the check number associated with the claim; when the number is preceded by an “N,” there was no check issued, but an EOB and an explanation of payment (EOP to Provider) was generated.
- #10 **Issue date** – This is the date the check was issued.
- #11 **Date(s) Incurred** – This is the date or dates the patient was treated by the provider.
- #12 **Service** – This is type of treatment sought and the code associated with the treatment sent in by the provider.
- #13 **Billed Amount** – This is the total amount submitted by the provider for the service given.
- #14 **Discount Amount** – This is either the contracted discount for utilizing a participating provider or services given that the provider must write off; the patient is not responsible for amounts in this column.
- #15 **Allowed Amount** – This is the total amount, minus any discounts, considered on the service.
- #16 **Deductible** – This is the patient’s deductible amount applied to this service.
- #17 **Co-ins** – This is the coinsurance amount applied to this service.
- #18 **Co-pay Amount** – This is the co-pay amount applied to this service.
- #19 **Plan Benefits Paid** – These are the amounts paid at the coinsurance percentage payable for this service. For example, if your plan covers this service at 100%, the amount paid will be in the 100% column.
- #20 **Remark Codes** – Any numbers in this column will be explained in the Remark Code/Special Explanations area below, also identified by #20. These explanations are usually the reasons why a service(s) was not paid.
- #21 **Allowed Amount, Total Benefits Paid, and Amount You Owe Provider** – The allowed amount is the same as #15, the total paid is the allowed amount, minus any discounts, co-pays, deductibles, and/or coinsurance amounts reflecting the total check amount. The amount you owe the provider is the amount allowed minus the total paid.
- #22 **In-Network Deductible** – The individual amount applied to the deductible as of the current claim.
- #23 **In-Network Deductible** – The family amount applied to the deductible as of the current claim.
- #24 **In-Network Deductible** – The total individual deductible amount to meet this current plan year.
- #25 **In-Network Deductible** – The total family deductible amount to meet this current plan year.
- #26 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total individual coinsurance amounts met as of current claim.
- #27 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total family coinsurance amounts met as of current claim.
- #28 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total individual coinsurance amounts to meet this plan year.
- #29 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total family coinsurance amounts to meet this plan year.
- #30 **Out of Network Deductible** – Same as #22-25 when there is an out of network requirement under plan.
- #31 **Out of Network OOP** – Same as #26-29 when there is an out of network requirement under plan.
- #32 **COB Allowable Expense** – Same as #15 [This line and #33-35 only print with other insurance is applicable.]
- #33 **COB Other Plan(s) Paid** – This is the amount paid by the patient’s other benefit company when that coverage is primary to the subscriber’s plan.
- #34 **COB Expense Remaining** – This is the COB Allowable minus the COB Other Plan Paid.
- #35 **Benefits Paid on this Claim** – This amount is the same amount in #21 as Total Benefits Paid.

WESTERN GROWERS ASSURANCE TRUST
COMO LEER SU EXPLICACION DE BENEFICIOS (EOB por sus siglas en Ingles)
(Vea los números correspondientes en EOB)

1. Este recuadro lo refiere a un recurso en-línea, Healthview, que está disponible siete días a la semana, 24 horas al día para ayudarlo con una variedad de recursos e información. Es fácil de usar y fácil de acceder por medio del Internet en www.wga.com. Solo tenga a la mano la clave o número de identificación de servicio de salud que encontrara al dorso de su tarjeta. Entonces se registra y solicita su clave o "password". Sus dependientes también deben registrarse, especialmente aquellos mayores de 18 años de edad. Su información siempre estará segura.
2. **Número de Reclamo** – Este es un número asignado internamente que identifica el reclamo del paciente en el sistema de reclamos.
3. **Empleado** – Este es el número del suscriptor del plan de beneficios que es empleado de la empresa.
4. **Nombre del Paciente** – Este es el nombre del paciente, suscriptor o dependiente del suscriptor, que busco tratamiento.
5. **Numero de Identificación de Impuestos** – Este número identifica al proveedor que nos envió un reclamo.
6. **Nombre del Proveedor** – Este es el nombre del proveedor que trato al paciente o el nombre del grupo medico donde se brindaron los servicios al paciente.
7. **Cuenta de Paciente** – Este es el número que el proveedor del paciente utiliza para identificar al paciente en su sistema.
8. **HCID (por sus siglas en Ingles)** – Este es el número de identificación de servicios de salud localizado en el dorso de su tarjeta, además con una extensión de dos dígitos asignada internamente que describe la relación del paciente al suscriptor.
9. **Número de Cheque** – Este es el número de cheque asociado con el reclamo; cuando el número inicia con la letra "N", no se emitió el cheque, pero se genero un EOB y una explicación de pago (EOP al Proveedor).
10. **Fecha de Emisión** – Esta es la fecha de emisión del cheque.
11. **Fecha(s) Incurrida(s)** – Esta es la fecha o fechas en las que el paciente recibió tratamiento de parte del proveedor.
12. **Servicio** – Este es el tipo de tratamiento solicitado y el código asociado con el tratamiento que envía el proveedor.
13. **Cantidad Facturada** – Esta es la cantidad total sometida de parte del proveedor por los servicios brindados.
14. **Cantidad de Descuento** – Esto es el descuento del contrato por utilizar un proveedor participante o servicios brindados por los cuales el proveedor debe ofrecer un descuento; el paciente no es responsable por las cantidades en esta columna.
15. **Cantidad Permitida** – Esta es la cantidad total, menos cualquier descuento, que se considera en el servicio.
16. **Deducible** – Esta es la cantidad de deducible del paciente que se aplico a este servicio.
17. **Co-aseguro** – Esta es la cantidad de co-aseguro aplicada a este servicio.
18. **Cantidad de Co-pago** – Esta es la cantidad de co-pago aplicada a este servicio.
19. **Beneficios del Plan Pagados** – Estas son las cantidades pagadas al porcentaje pagadero del co-aseguro por este servicio. Por ejemplo, si su plan cubre este servicio al 100%, la cantidad pagada estará en la columna de 100%.
20. **Códigos de Observación** – Cualquier número en esta columna será explicado en el área de Código de Observaciones/Explicaciones Especiales abajo, también identificado con el #20. Estas explicaciones usualmente son la razón por las que un reclamo no se pago.
21. **Cantidad Permitida, Beneficio Total Pagado, y Cantidad Que Usted Debe al Proveedor** – La cantidad permitida es lo mismo que el #15, el total pagado es la cantidad permitida, menos cualquier descuento, co-pago, deducible, y/o cantidades de co-aseguro reflejados en la cantidad total del cheque. La cantidad que usted debe al proveedor es la cantidad permitida menos el total pagado.
22. **Deducible En La Red** – la cantidad individual aplicada al deducible hasta el reclamo más actual.
23. **Deducible En La Red** – la cantidad familiar aplicada al deducible hasta el reclamo más actual.
24. **Deducible En La Red** – la cantidad total de deducible individual para cumplir el año del plan actual.
25. **Deducible En La Red** – la cantidad total de deducible familiar para cumplir el año del plan actual.
26. **Desembolso En La Red (OOP por sus siglas en Ingles)** – El total de cantidades de co-aseguro individual acumuladas hasta el reclamo más actual.
27. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro familiar acumulada hasta el reclamo más actual.
28. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro individual a cumplir el año del plan actual.
29. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro familiar a cumplir el año del plan actual.
30. **Deducible Fuera De La Red** – Lo mismo que el #22-25 cuando existe un requisito fuera de la red bajo el plan.
31. **Desembolso Fuera De La Red** – Lo mismo que el #26-29 cuando existe un requisito fuera de la red bajo el plan.
32. **Gasto Permitido (COB coordinación de beneficios)** – Los mismo que el #15 [esta línea y del #33-35 únicamente se imprimen cuando aplican otros seguros médicos.]
33. **COB Otro(s) Plan(es) Pagaron** – Esta es la cantidad pagada por otro beneficio del paciente cuando la cobertura es primaria al suscriptor del plan.
34. **COB Gasto Restante** – Este es el COB Permitido menos el COB que Pagó el Otro Plan.
35. **Beneficios Pagados en este Reclamo** – Esta cantidad es la misma cantidad en el #21 como Beneficios Totales Pagados.

PINNACLE
CLAIMS MANAGEMENT, INC.
P.O. Box 2220
Newport Beach, CA 92658
Tel: (800) 649-9121

SAMPLE FORM
FORMA DE LA MUESTRA

Forwarding Service Requested

EXPLANATION OF BENEFIT – THIS IS NOT A BILL
EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS – ESTE NO ES UN COBRO

Bar Code

JOHN DOE
17620 FITCH STREET
IRVINE, CA 92614-6022

1

Please visit our website at www.pinnacletpa.com and click on Healthview to view your claims, request ID cards, locate a provider, or access your plan benefit summaries anytime, 24/7.

John Doe & Sons Benefit Plan, Health Benefits Administered by Pinnacle Claims Management, Inc.

Claim Number: 10101010 2		5 Provider Tax ID: 123456789-10		8 HCID: W00-00-0000-00	
Employee: DOE, JOHN 3		6 Provider Name: JEFF MICHAEL MD		9 Check #: 0000010101	
Patient Name: JOHN 4		7 Patient Account: 1234567		10 Issue Date: 09/09/10	

11 Date(s) Incurred	12 Service	13 Billed Amount	14 Discount Amount*	15 Allowed Amount	16 Deductible Amount	17 Co-ins Amount	18 Co-pay Amount	19 Plan Benefits Paid			20 Remarks Code
								0%	80%	100%	
04/07/10 -04/07/10	99203-Office Visit	500.00	110.00	390.00	0.00	0.00	25.00			0.00	1
Claim Totals:		500.00	110.00	390.00	0.00	0.00	25.00			0.00	

Allowed Amount *Cantidad Permitida:* \$390.00
 Total Benefits Paid *Total de Beneficios Pagado:* 21 \$390.00
 Amount You Owe Provider *Total de Paciente Responsabilidad:* \$25.00

Remark Codes/Special Explanations 20

*Discount Amount – This amount is your discount for using a Participating Provider. You are not responsible for this amount.
 *Cantidad de Descuento – Esta cantidad es su descuento por usar un Proveedor Participante. Usted no es responsable por esta cantidad

[1] CLAIM PAID IN ACCORDANCE TO YOUR PLAN NETWORK CONTRACT

SATISFIED AS OF THIS CLAIM	IN NETWORK DEDUCTIBLE**	IN NETWORK OUT OF POCKET**	OUT OF NETWORK DEDUCTIBLE** 30	OUT OF NETWORK OUT OF POCKET** 31
Individual	\$488.39 22	\$1093.99 26	N/A	N/A
Family	\$605.33 23	\$1155.00 27	N/A	N/A
Plan Year 2010 Requirements	\$500.00 24 \$1000.00 25	\$2000.00 28 \$4000.00 29	N/A N/A	N/A N/A

**Deductible and Out of Pocket amounts may vary on each Explanation of Benefits (EOB) you receive based upon the issue date and any adjustments made to your claims. (Cantidades de Deducible y Desembolso pueden variar en cada EOB que usted reciba dependiendo en la fecha de emision y cualquier ajuste hecho)

Claim Level Adjustment Detail

Coordination of Benefits (COB) Description [Section only prints when COB is applicable]

COB – Allowable expense (COB – Cargo permitido)	32 \$0.00
COB – Other Plan(s) Paid (COB – Otro Plan Pago)	33 -\$0.00
COB – Expense Remaining (COB – Cargo restante)	34 \$0.00
Benefits Paid on This Claim (Beneficios Pagados en Este Reclamo)	35 \$0.00

PINNACLE CLAIMS MANAGEMENT, INC.
HOW TO READ YOUR EXPLANATION OF BENEFITS (EOB)
(See corresponding numbers on sample EOB)

- #1 This box refers you to an online resource, Healthview, that is available seven days a week, 24 hours a day to assist you with a variety of resources and information. It is easy to use and easy to access through the Internet at www.pinnacletpa.com. Just have your healthcare ID number (HCID) found on the back of your ID card ready. You then set up a password. Your dependents should register, especially those over age 18. Your information is always secure.
- #2 **Claim Number** – This is an internally assigned number that identifies the patient’s claim in the claim system.
- #3 **Employee** – This is the name of the subscriber on the benefit plan that is employed by the company.
- #4 **Patient Name** – This is the name of the patient, subscriber or subscriber’s dependent, who sought treatment.
- #5 **Provider Tax ID** – This identifies the provider that sent the claim to us.
- #6 **Provider Name** – This is the name of either the provider who actually treated the patient or the name of the group of physicians where services were given to the patient.
- #7 **Patient Account** – This is the number the patient’s provider uses to identify the patient in their system.
- #8 **HCID** – This is the subscriber’s healthcare ID number located on the back of the ID card, along with an internally assigned two digit extension that describes the patient’s relationship to the subscriber.
- #9 **Check #** - This is the check number associated with the claim; when the number is preceded by an “N,” there was no check issued, but an EOB and an explanation of payment (EOP to Provider) was generated.
- #10 **Issue date** – This is the date the check was issued.
- #11 **Date(s) Incurred** – This is the date or dates the patient was treated by the provider.
- #12 **Service** – This is type of treatment sought and the code associated with the treatment sent in by the provider.
- #13 **Billed Amount** – This is the total amount submitted by the provider for the service given.
- #14 **Discount Amount** – This is either the contracted discount for utilizing a participating provider or services given that the provider must write off; the patient is not responsible for amounts in this column.
- #15 **Allowed Amount** – This is the total amount, minus any discounts, considered on the service.
- #16 **Deductible** – This is the patient’s deductible amount applied to this service.
- #17 **Co-ins** – This is the coinsurance amount applied to this service.
- #18 **Co-pay Amount** – This is the co-pay amount applied to this service.
- #19 **Plan Benefits Paid** – These are the amounts paid at the coinsurance percentage payable for this service. For example, if your plan covers this service at 100%, the amount paid will be in the 100% column.
- #20 **Remark Codes** – Any numbers in this column will be explained in the Remark Code/Special Explanations area below, also identified by #20. These explanations are usually the reasons why a service(s) was not paid.
- #21 **Allowed Amount, Total Benefits Paid, and Amount You Owe Provider** – The allowed amount is the same as #15, the total paid is the allowed amount, minus any discounts, co-pays, deductibles, and/or coinsurance amounts reflecting the total check amount. The amount you owe the provider is the amount allowed minus the total paid.
- #22 **In-Network Deductible** – The individual amount applied to the deductible as of the current claim.
- #23 **In-Network Deductible** – The family amount applied to the deductible as of the current claim.
- #24 **In-Network Deductible** – The total individual deductible amount to meet this current plan year.
- #25 **In-Network Deductible** – The total family deductible amount to meet this current plan year.
- #26 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total individual coinsurance amounts met as of current claim.
- #27 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total family coinsurance amounts met as of current claim.
- #28 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total individual coinsurance amounts to meet this plan year.
- #29 **In-Network Out of Pocket (OOP)** – The total family coinsurance amounts to meet this plan year.
- #30 **Out of Network Deductible** – Same as #22-25 when there is an out of network requirement under plan.
- #31 **Out of Network OOP** – Same as #26-29 when there is an out of network requirement under plan.
- #32 **COB Allowable Expense** – Same as #15 [This line and #33-35 only print with other insurance is applicable.]
- #33 **COB Other Plan(s) Paid** – This is the amount paid by the patient’s other benefit company when that coverage is primary to the subscriber’s plan.
- #34 **COB Expense Remaining** – This is the COB Allowable minus the COB Other Plan Paid.
- #35 **Benefits Paid on this Claim** – This amount is the same amount in #21 as Total Benefits Paid.

PINNACLE CLAIMS MANAGEMENT, INC.
COMO LEER SU EXPLICACION DE BENEFICIOS (EOB por sus siglas en Ingles)
(Vea los números correspondientes en EOB)

1. Este recuadro lo refiere a un recurso en-línea, Healthview, que está disponible siete días a la semana, 24 horas al día para ayudarle con una variedad de recursos e información. Es fácil de usar y fácil de acceder por medio del Internet en www.wga.com. Solo tenga a la mano la clave o número de identificación de servicio de salud que encontrara al dorso de su tarjeta. Entonces se registra y solicita su clave o "password". Sus dependientes también deben registrarse, especialmente aquellos mayores de 18 años de edad. Su información siempre estará segura.
2. **Número de Reclamo** – Este es un número asignado internamente que identifica el reclamo del paciente en el sistema de reclamos.
3. **Empleado** – Este es el número del suscriptor del plan de beneficios que es empleado de la empresa.
4. **Nombre del Paciente** – Este es el nombre del paciente, suscriptor o dependiente del suscriptor, que busco tratamiento.
5. **Numero de Identificación de Impuestos** – Este número identifica al proveedor que nos envió un reclamo.
6. **Nombre del Proveedor** – Este es el nombre del proveedor que trato al paciente o el nombre del grupo medico donde se brindaron los servicios al paciente.
7. **Cuenta de Paciente** – Este es el número que el proveedor del paciente utiliza para identificar al paciente en su sistema.
8. **HCID (por sus siglas en Ingles)** – Este es el número de identificación de servicios de salud localizado en el dorso de su tarjeta, además con una extensión de dos dígitos asignada internamente que describe la relación del paciente al suscriptor.
9. **Número de Cheque** – Este es el número de cheque asociado con el reclamo; cuando el número inicia con la letra "N", no se emitió el cheque, pero se genero un EOB y una explicación de pago (EOP al Proveedor).
10. **Fecha de Emisión** – Esta es la fecha de emisión del cheque.
11. **Fecha(s) Incurrida(s)** – Esta es la fecha o fechas en las que el paciente recibió tratamiento de parte del proveedor.
12. **Servicio** – Este es el tipo de tratamiento solicitado y el código asociado con el tratamiento que envía el proveedor.
13. **Cantidad Facturada** – Esta es la cantidad total sometida de parte del proveedor por los servicios brindados.
14. **Cantidad de Descuento** – Esto es el descuento del contrato por utilizar un proveedor participante o servicios brindados por los cuales el proveedor debe ofrecer un descuento; el paciente no es responsable por las cantidades en esta columna.
15. **Cantidad Permitida** – Esta es la cantidad total, menos cualquier descuento, que se considera en el servicio.
16. **Deducible** – Esta es la cantidad de deducible del paciente que se aplico a este servicio.
17. **Co-aseguro** – Esta es la cantidad de co-aseguro aplicada a este servicio.
18. **Cantidad de Co-pago** – Esta es la cantidad de co-pago aplicada a este servicio.
19. **Beneficios del Plan Pagados** – Estas son las cantidades pagadas al porcentaje pagadero del co-aseguro por este servicio. Por ejemplo, si su plan cubre este servicio al 100%, la cantidad pagada estará en la columna de 100%.
20. **Códigos de Observación** – Cualquier número en esta columna será explicado en el área de Código de Observaciones/Explicaciones Especiales abajo, también identificado con el #20. Estas explicaciones usualmente son la razón por las que un reclamo no se pago.
21. **Cantidad Permitida, Beneficio Total Pagado, y Cantidad Que Usted Debe al Proveedor** – La cantidad permitida es lo mismo que el #15, el total pagado es la cantidad permitida, menos cualquier descuento, co-pago, deducible, y/o cantidades de co-aseguro reflejados en la cantidad total del cheque. La cantidad que usted debe al proveedor es la cantidad permitida menos el total pagado.
22. **Deducible En La Red** – la cantidad individual aplicada al deducible hasta el reclamo más actual.
23. **Deducible En La Red** – la cantidad familiar aplicada al deducible hasta el reclamo más actual.
24. **Deducible En La Red** – la cantidad total de deducible individual para cumplir el año del plan actual.
25. **Deducible En La Red** – la cantidad total de deducible familiar para cumplir el año del plan actual.
26. **Desembolso En La Red (OOP por sus siglas en Ingles)** – El total de cantidades de co-aseguro individual acumuladas hasta el reclamo más actual.
27. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro familiar acumulada hasta el reclamo más actual.
28. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro individual a cumplir el año del plan actual.
29. **Desembolso En La Red (OOP)** – La cantidad total de co-aseguro familiar a cumplir el año del plan actual.
30. **Deducible Fuera De La Red** – Lo mismo que el #22-25 cuando existe un requisito fuera de la red bajo el plan.
31. **Desembolso Fuera De La Red** – Lo mismo que el #26-29 cuando existe un requisito fuera de la red bajo el plan.
32. **Gasto Permitido (COB coordinación de beneficios)** – Los mismo que el #15 [esta línea y del #33-35 únicamente se imprimen cuando aplican otros seguros médicos.]
33. **COB Otro(s) Plan(es) Pagaron** – Esta es la cantidad pagada por otro beneficio del paciente cuando la cobertura es primaria al suscriptor del plan.
34. **COB Gasto Restante** – Este es el COB Permitido menos el COB que Pagó el Otro Plan.
35. **Beneficios Pagados en este Reclamo** – Esta cantidad es la misma cantidad en el #21 como Beneficios Totales Pagados.