

Explanation of Benefits (EOB、保険給付明細書)の見方



PO BOX 25951
Shawnee Mission, KS 66225-5951

John Doe
123 Main Ave
Anytown, TX 77090

Questions? Contact us:
Toll Free: (800) 374-1835 - English & Spanish
(800)-971-0638 - Japanese
(877)-827-8713 - Korean
Fax: (913)-387-5915
Website: www.nipponlifebenefits.com
Group Number: A99900
Group: ABC COMPANY
Print Date: October 02, 2013 **A**

Consolidated Explanation of Benefits This is not a Bill

Patient's Name Provider Code & Description	Service Date(s)	Billed Amount	Discount	Allowed	COB Credit	Other Adjust- ments	Patient Responsibility			Amount Subject to Coins	Patient Coins %	Pat Resp Coins Amount	Amount Paid	Remark Code
							Ineligible charges	Copay	Deductible					
JOHN DOE														
C JANE DOE Claim #: 0830-24-5 Patient Relation: child Issued: 10/3/13 S Provider: BRYAN JONES, MD Pat. Acct. #: X1295														
99214 - OFFICE VISIT D	09/09/2013	100.00	13.28	86.72	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	66.72	0%	0.00	66.72	XYZ
Totals:		100.00	13.28	86.72	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	66.72	0.00	0.00	66.72	

U Payment has been made to the health care provider.

Patient Responsibility 20.00 **T**

JANE DOE
Claim #: 0830-23-5
Provider: DENNIS SMITH, DDS

Patient Relation: child
Pat. Acct. #: DOE555

Issued: 10/3/13

D0330 - DENTAL	09/16/2013	129.00	0.00	125.00	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00	125.00	0%	0.00	125.00	001
D0140 - DENTAL	09/16/2013	79.00	0.00	79.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	79.00	20%	15.80	63.20	
Totals:		208.00	0.00	204.00	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00	204.00	15.80	15.80	188.20	

Payment has been made to the health care provider.

Patient Responsibility 19.80

R Remark Code Descriptions:

001 BENEFITS FOR THIS SERVICE MAY NOT EXCEED THE PREVAILING CHARGE (THE AMOUNT THAT MOST HEALTHCARE PROVIDERS CHARGE WITHIN A GEOGRAPHICAL COST AREA) AMOUNTS OVER THE PREVAILING CHARGE ARE NOT COVERED

XYZ PATIENT NOT RESPONSIBLE FOR PPO DISCOUNT **V**

		2013
JANE DOE	PPO DEDUCTIBLE Remaining (of \$300.00)	\$154.55
	PPO OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$3,000.00)	\$2,854.55
	OTHER DEDUCTIBLE Remaining (of \$600.00)	\$454.55
	OTHER OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$6,000.00)	\$5,854.55
Family	PPO DEDUCTIBLE Remaining (of \$600.00)	\$354.55
	PPO OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$6,000.00)	\$5,515.19
	OTHER DEDUCTIBLE Remaining (of \$1,200.00)	\$954.55
	OTHER OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$12,000.00)	\$11,515.19

		2013
JANE DOE	DENTAL DEDUCTIBLE Remaining (of \$50.00)	\$0.00
Family	DENTAL DEDUCTIBLE Remaining (of \$150.00)	\$77.00

Please see your Certificate-Booklet for a more detailed explanation of your plan benefits, exclusions, and maximums. The dollars displayed immediately above are as of the Print Date and are subject to change. Your next Consolidated Explanation of Benefits, if any claims are processed, will be issued no later than the week of: 11/03/2013 **W**

各項目の詳細な説明
については次頁を
ご覧ください。

※ 米国日本生命のEOBの書式は州規制に準じています。EOBには、期間内に処理された給付請求の内容と deductible、copayおよび自己負担額上限の情報が統合されて、表示されます。

前頁は、米国日本生命の保険給付明細書の例です。例に表示されているA~Wは、以下各項目の詳細と対応しています。

- A Print Date:** EOBが印刷された日付が表示されます。
- B Patient Name:** 統合型EOBには、ご家族のメンバーごとに、利用した医療サービスとその内容が表示されます。
- C Provider:** 医療サービスを提供した医師・クリニック・病院などの医療機関名が表示されます。
- D Code and Description:** 利用した医療サービスのコード番号と内容が表示されます。
- E Service Date(s):** 医療サービスを利用した日付が表示されます。
- F Billed Amount:** 利用した医療サービスに対する医療機関からの請求額です。
- G Discount:** 医師、病院およびその他の医療機関と、それらが加盟するネットワークとの間で事前に割引額が取り決められている場合、その割引額が表示されます。
注記:ここに表示された割引額の請求があった場合は、まず医療機関にお問合せください。引き続き割引額が請求額から控除されない場合は、米国日本生命のカスタマーサービス(1-800-971-0638)にご相談ください。
- H Allowed:** 保険給付計算の対象となる金額です。請求総額から割引額や保険給付対象外の医療費が控除された後の金額です。
- I COB Credit (COB):** 他の保険(医療保険、自動車保険、メディケアなどの公的保険など)で給付された金額が表示されます。
- J Other Adjustments:** お客様の自己負担ではない割引額または保険給付対象外の金額が表示されません。
- K Ineligible Charges:** 既に給付請求処理されている金額やご加入の保険プランではカバーされない金額(地域ごとに設定された医療費の基準額を超えた額など)が表示されます。(金額が表示されている場合は、

下段の「Remark Codes」の欄に詳細が記載されています。)

- L Copay:** ご加入のプランにCopayがある場合、診察や入院毎にお支払いいただく金額です。処方箋薬給付にも別途Copayが設定されている場合があります。
- M Deductible:** 保険会社から保険金給付が開始される前に、お客様が自己負担しなければならない金額です。
注記:保険プランによっては、処方箋薬給付に別途Deductibleが設定されている場合もあります。CopayがこのDeductibleに含まれる場合もあります。
- N Amount Subject to Coins:** Coinsuranceの計算の対象となる金額です。医療機関からの請求額から、割引額、保険給付対象外額、COBクレジットおよびCopayまたはDeductibleなどが控除された後の金額です。(F-G-I-J-K-L-M=N)
- O Patient Coins %:** 保険給付対象となる医療費に対するお客様の自己負担割合(Coinsurance)(%)です。
- P Coins Amount:** 保険給付対象となる医療費のうちお客様の自己負担となる金額です。(N×O=P)
- Q Amount Paid:** この額は米国日本生命が医療機関およびお客様にお支払する金額の合計額です。
- R Remark Code/Descriptions:** 医療機関からの請求額の一部がご加入のプランによって支払われない場合、その理由が記載されます。記載コードの説明は「Remark Code Description」の欄に補足説明があります。
- S Issue Date:** 保険給付請求が処理された日付が表示されます。
- T Patient Responsibility:** 医療機関からの請求額のうち、お客様の自己負担となる金額です。
- U Payment Information:** 給付金が医療機関へ支払われたか、またはお客様に直接お支払するための小切手がEOBに添付されているかの情報が記載されます。
- V Accumulators:** 本人・家族それぞれのDeductibleとOut-of-pocket(自己負担額)の残高が表示されます。
- W EOB Date:** 次の月次EOBの発行日が記載されます。

月々の統合型EOBは郵送の他に、メール通知サービスを通じてご確認いただくこともできます。こちらのサービスをご利用いただくことで、紙のEOBを保管する手間を省くことができます。サービスご利用のお手続きは、当社のウェブサイト(www.nipponlifebenefits.com)から行っていただけます。メンバーログイン後、『About Me』の「Personal Details」で、「Preferred Communication Details」の情報を更新ください。