



LE DAMOS LA BIENVENIDA

A SUS BENEFICIOS DE SALUD

Allegiance Benefit Plan Management, Inc.

2806 S. Garfield St. P.O. Box 3018 | Missoula, MT 59806-3018
1-855-999-1058 | www.AskAllegiance.com/hunt

LE DAMOS LA BIENVENIDA A SUS BENEFICIOS DE SALUD

Índice

<u>Tarjetas de ID</u>	3
<u>Proveedores de la red</u>	6
<u>Servicios en línea</u>	8
<u>Preguntas generales</u>	9
<u>Ciclo de vida de un reclamo</u>	10
<u>Cómo enviar un reclamo</u>	11
<u>Funciones en línea para los miembros</u>	12
<u>Modelo de Explicación de beneficios (EOB)</u>	14
<u>Cómo leer su EOB</u>	16
<u>Envío de formularios en línea</u>	17
<u>Cómo trabaja Allegiance con sus proveedores de cuidado de la salud</u>	19
<u>Información para proveedores que trabajan con Allegiance</u>	20
<u>Información de contacto importante</u>	21

Tarjetas de ID

Estimado(a) miembro del plan:

Le damos la bienvenida a su Plan de salud administrado por el Administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) de Cigna, Allegiance Benefit Plan Management (Allegiance). Ofrecemos un servicio de la más alta calidad para la administración y gestión de reclamos.

Recibirá una nueva tarjeta de ID una vez que se inscriba en el plan.

Esta tarjeta es importante porque contiene su número de grupo y brinda información para presentar reclamos. Es su responsabilidad informar a sus proveedores de cuidado de la salud la información incluida en la tarjeta de ID.



Asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de Allegiance cada vez que visite a un proveedor y una farmacia.

Modelo de tarjeta de ID



Questions?
1-855-999-1058
www.askallegiance.com/hunt



Member

Hunt Regional Healthcare
Group ID No.: 2001090
Covered Person: JOHN SAMPLE
Participant ID#: SMPL0001

Type of Coverage	Effective Date
Medical	

Dependent(s)
JANE SAMPLE
JIMMY SAMPLE

Medical Network

Open Access Plus



"S"
No Referral Required

Pharmacy Plan

RxBIN: 610014
RxGRP: RXBHURE  EXPRESS SCRIPTS®

Customer Service: 1-800-334-8134
Pharmacist Use only: 1-800-922-1557
express-scripts.com

Claims Submission

Submit Medical Claims to:
Cigna
PO Box 188061
Chattanooga, TN 37422-8061
Payer ID 62308

Allegiance Online Verification of Benefits:
www.askallegiance.com/ivr
270/271 EDI Transactions
Payer ID: 81040

To find a network Provider and other helpful information visit our website at:
www.askallegiance.com/hunt

AWAY FROM HOME CARE

Utilization

Call 1-800-342-6510 for Pre-Certification for inpatient hospital stays, Pretreatment Reviews for certain outpatient procedures listed in your Plan Document and to report all emergency admissions within 72 hours.

We encourage you to use a PCP as a valuable resource and personal health advocate.

Important Numbers

24 hour Verification of Coverage:
(406) 523-3199
Customer Service:
1-855-999-1058
Visit Our Website at:
www.askallegiance.com/hunt

This card does not guarantee eligibility or payment.

Muestre su nueva tarjeta de ID a sus proveedores de cuidado de la salud para evitar cualquier inconveniente con sus reclamos. Es posible que su tarjeta no sea idéntica al modelo de tarjeta.



Características importantes

A TENER EN CUENTA EN SU TARJETA DE ID

Muestre su nueva tarjeta de ID a sus proveedores de cuidado de la salud para evitar cualquier inconveniente con sus reclamos. Es posible que su tarjeta no sea idéntica al modelo de tarjeta.

Nombre del grupo (*Group Name*)

El nombre de su Grupo. En la mayoría de los casos, es su empleador.

Número de ID de grupo (*Group ID Number*)

El número de identificación correspondiente a su Grupo. Haga referencia a este número si llama o escribe en relación con su reclamo.

Cobertura de farmacia (*Pharmacy Coverage*)

Verá el logotipo de su administrador de beneficios de farmacia y los números BIN/PCN. Su farmacia usará esta información, junto con el número de ID alternativo del empleado o el número del Seguro Social, y la fecha de nacimiento del paciente para procesar sus reclamos de medicamentos con receta. Para recibir asistencia, llame al número de la Línea de ayuda para miembros y medicamentos con receta.

Número de ID del participante

(*Participant ID Number*)

El nombre de su Grupo. En la mayoría de los casos, es su empleador.

Tipo de cobertura (*Type of Coverage*)

Sus elecciones de planes según su grupo. Aquí se mostrarán las coberturas en las que esté inscrito y su elección vinculada con la inscripción.

Logotipos de las redes (*Network Logos*)

Los logotipos de cada red a la que puede acceder para recibir beneficios dentro de la red. Consulte la sección Proveedores de la red del cuadernillo si necesita asistencia para encontrar un proveedor dentro de la red.

Fecha de entrada en vigor (*Effective Date*)

La fecha en que comenzó la cobertura o en que ocurrió un cambio en su plan.

Envío de reclamos (*Claims Submission*)

La dirección para enviar los reclamos. La mayoría de los proveedores envían los reclamos en su nombre.

Persona cubierta (*Covered Person*)

Nombre del empleado titular de la cobertura. Tenga en cuenta que un empleado puede mostrar su tarjeta de ID para cualquier persona cubierta por el plan, ya que la información para presentar reclamos es la misma.

Notificación previa/Supervisión de la utilización (*Pre-Notification / Utilization Management*)

Consulte su cuadernillo Descripción resumida del plan para obtener información completa sobre la certificación previa. También podrá ver más información acerca del programa en la sección Administración de la utilización de este cuadernillo.

Servicio al Cliente (*Customer Service*)

Información de contacto para obtener información adicional sobre sus reclamos, elegibilidad, preguntas sobre los beneficios, etc. El sitio web brinda acceso para buscar un proveedor, formularios importantes, revisión de cuentas en línea, EOB y otra información personalizada. Puede revisar esta información en línea si está activo en el plan o llamar a nuestro equipo de Servicio al Cliente para solicitar asistencia.

Atención lejos del hogar (*Away from Home Care*)

Informa a los proveedores que usted está accediendo a la red de Cigna fuera del área de su red local.

El número de teléfono gratuito de Servicio al Cliente es el **1-855-999-1058**. Nuestro sitio web es **www.AskAllegiance.com/hunt**, y allí podrá consultar el estado de los reclamos enviados, un resumen de la actividad en línea reciente y vínculos directos a sitios web de proveedores de la red para obtener listas de los proveedores participantes y los lugares donde atienden.

Red de proveedores

¿Qué es una red de proveedores?

Las redes de proveedores son organizaciones que incluyen médicos locales y profesionales de cuidado de la salud de su área. Una red de proveedores no es una compañía de seguros ni una HMO.

Es una red de proveedores de cuidado de la salud que se comprometen a presentar formularios de reclamo en nombre de los miembros y aceptan las tarifas máximas permitidas de los proveedores de la red como pago total, sin facturación de saldos.

Usted deberá pagar cualquier deducible o coseguro restante que exceda lo que el plan paga como Cargos elegibles.

Ventajas de usar proveedores de la red: OAP

Para obtener el nivel de beneficio más alto para los servicios hospitalarios, los empleados y sus dependientes deben utilizar los servicios proporcionados por Hunt Memorial Hospital District. Para los servicios que no están disponibles en Hunt Memorial Hospital District, asegúrese de que el proveedor o el centro tengan contrato con la red Open Access Plus de Cigna.

Como participante del plan, usted tiene la libertad de atenderse con el proveedor que elija para recibir servicios cubiertos por el plan. Sin embargo, si utiliza un proveedor de la red, podrá ahorrar en gastos de desembolso. La cantidad de dinero que podrá ahorrar usando el proveedor de la red variará según el proveedor, el servicio brindado y los detalles de su plan de beneficios de salud.

No tiene obligación de usar un proveedor de la red. Sin embargo, si se atiende con un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar las cantidades que superen el gasto máximo elegible en el área donde se brindó el servicio.

PROVEEDORES DE LA RED

Cómo acceder a proveedores de la red

Puede acceder a información sobre los proveedores de la red de su área de dos maneras:

- por Internet, usando las instrucciones que encontrará más abajo o
- llamando a Servicio al Cliente al 1-855-999-1058 y pidiendo los nombres de los proveedores de su área.

Para obtener el nivel de beneficio más alto para los servicios hospitalarios, los empleados y sus dependientes deben utilizar los servicios proporcionados por Hunt Memorial Hospital District. Para los servicios que no están disponibles en Hunt Memorial Hospital District, asegúrese de que el proveedor o el centro tengan contrato con la red Open Access Plus de Cigna.

También encontrará un útil video explicativo de las funciones de búsqueda de proveedores en línea, en www.AskAllegiance.com/hunt.

- 1.** Inicie sesión en www.AskAllegiance.com/hunt.
- 2.** Haga clic en el vínculo **Buscar un proveedor** (*Find a Provider*).
- 3.** Ingrese su **ID de participante** (*Participant ID*) que aparece en el frente de su tarjeta y haga clic en **Buscar** (*Search*). Lea el descargo de responsabilidad y marque el casillero **Aceptar** (*Accept*).
- 4.** Haga clic en el vínculo Cigna, luego lea las instrucciones y marque el casillero **Aceptar** (*Accept*). Haga clic en **Ir a la página de búsqueda de proveedores de Cigna** (*Continue to Cigna Provider Search Page*).
- 5.** Ingrese su ubicación, luego elija cómo le gustaría buscar: **Médico por tipo** (*Doctor by Type*), **Médico por nombre** (*Doctor by Name*), o **Centros de salud** (*Health Facilities*). De la ventana emergente, seleccione **Continuar como invitado** (*Continue as Guest*) para continuar su búsqueda.
- 6.** En **Seleccionar un plan** (*Select a Plan*), haga clic en **Continuar** (*Continue*), luego elija **Open Access Plus** (*Open Access Plus*), **OA Plus** (*OA Plus*) o **Choice Fund OA Plus** (*Choice Fund OA Plus*).
- 7.** Los resultados se mostrarán en la pantalla con opciones para filtrar, ordenar, acceder a mapas de ubicación y exportar o imprimir los datos.

ACLARACIÓN

La lista de proveedores de la red está sujeta a cambios sin aviso. Antes de recibir servicios, verifique con el proveedor si sigue siendo un proveedor participante.

Servicios en línea

En Allegiance, nuestra prioridad número uno es cuidar a nuestros miembros. En el sitio web de Allegiance ofrecemos amplias posibilidades de acceso en línea siguiendo pautas de seguridad, poniendo información sobre los beneficios y reclamos al alcance de su mano.



Nuestro sitio web ofrece servicios personalizados con solo hacer clic. Al registrarse, tendrá acceso las 24 horas a información sobre su plan de salud. Podrá consultar el estado de un reclamo, revisar la cobertura y los beneficios, y verificar quiénes están cubiertos por su plan.

Los servicios en línea también le dan la opción de enviar solicitudes de tarjetas de ID adicionales.

Estos servicios también están disponibles a través de la aplicación móvil de Allegiance, que está disponible en las tiendas de aplicaciones de Google Play y Apple.



Preguntas generales

Procedimientos de reclamo

En la mayoría de los casos, solo tendrá que mostrarle su nueva tarjeta de ID a su médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud. La mayoría de los proveedores obtendrán la información para los reclamos de su tarjeta y los presentarán en su nombre.

Si necesita presentar un reclamo directamente, envíelo a la dirección que aparece en la parte de atrás de su tarjeta o use la herramienta de envío de reclamos en línea.

Preguntas sobre los servicios

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-999-1058. El Departamento de Servicio al Cliente atiende de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar central. Nuestro personal estará disponible para ayudarle con cualquier pregunta o problema que tenga.

Si tiene una pregunta acerca de si un reclamo se recibió o no y cuál es su estado actual, hay dos opciones adicionales para acceder a esa información. Estas opciones están disponibles las 24 horas, los siete días de la semana.

Sistema de respuesta de voz (VR, por sus siglas en inglés) interactiva

- Llame al **1-855-999-1058** para comunicarse con un asistente automático.
- Siga las indicaciones de voz para consultar acerca de su reclamo.
- Necesitará el número de ID alternativo de 12 dígitos o su número del Seguro Social de 9 dígitos y la fecha del servicio correspondiente al reclamo para completar la consulta.

Suscríbase para tener acceso a los datos sobre sus reclamos por Internet

- Este proceso se describe en detalle en la página de funciones en línea de este manual.

Ciclo de vida de un reclamo

DESDE EL ENVÍO HASTA EL PAGO



EL PROVEEDOR ENVÍA EL RECLAMO

El equipo de facturación del proveedor de cuidado de la salud crea un reclamo electrónico con los servicios proporcionados al paciente y lo envía a Cigna.



FIJACIÓN DE PRECIOS DE LA RED

Cigna revisa el reclamo basándose en el contrato con el proveedor para aplicar el descuento dentro de la red correspondiente, y luego envía el reclamo a Allegiance para su procesamiento.



EL RECLAMO ES RECIBIDO POR ALLEGIANCE

Cuando Allegiance recibe el reclamo, este se indexa (o se sube) a la cuenta del miembro correspondiente para su revisión por parte del examinador de reclamos.



EL RECLAMO SE PROCESA

El examinador de reclamos revisará y procesará el reclamo para los beneficios correspondientes disponibles a través del plan.



LISTO PARA EL PAGO

Una vez procesado por el examinador de reclamos, el reclamo queda pendiente para la obtención de fondos y la liberación del pago.

Todos los reclamos procesados en virtud del plan terminarán de procesarse en la misma fecha programada.



SE EMITE EL PAGO

Una vez finalizado el reclamo y obtenidos los fondos, el pago se liberará al proveedor de cuidado de la salud y aparecerá en el sistema de facturación de dicho proveedor.

Al mismo tiempo, el miembro podrá revisar una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) en línea. La EOB muestra cómo se procesó el reclamo y cuál sería su posible factura.

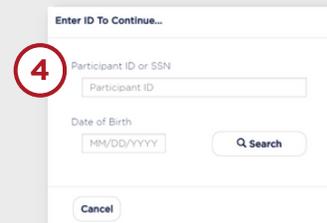
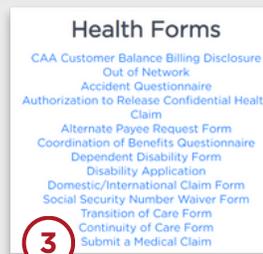
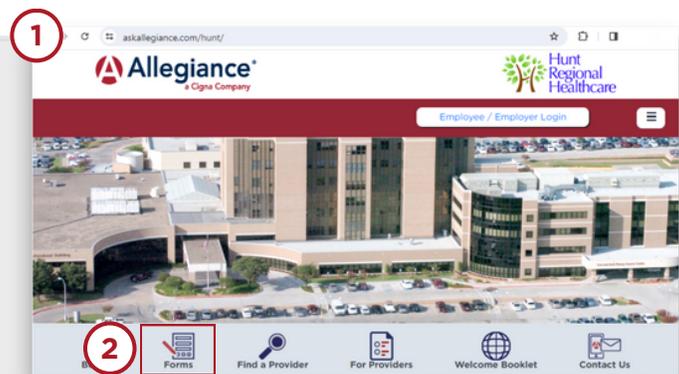


CÓMO

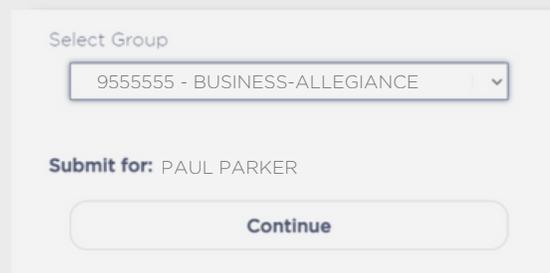
enviar un reclamo

Se recomienda que su proveedor de cuidado de la salud envíe los reclamos en su nombre, pero si en algún momento necesita enviar un reclamo directamente, Allegiance se lo hace fácil con una herramienta en línea. Los siguientes pasos describen el proceso para enviar un reclamo en línea en www.AskAllegiance.com/hunt.

- 1 Visite www.AskAllegiance.com/hunt.
 - 2 Seleccione **Formas** (*Forms*).
 - 3 Haga clic en **Enviar un reclamo médico** (*Submit a Medical Claim*).
 - 4 Se le indicará que ingrese su ID de participante del Plan de salud o número del Seguro social, además de su fecha de nacimiento. Haga clic en **Buscar** (*Search*).
 - 5 Si ingresó su ID de participante del Plan de salud, aparecerá una lista desplegable en la que podrá elegir el miembro de la familia específico que recibió el servicio. Seleccione el nombre del miembro correspondiente y haga clic en **Continuar** (*Continue*).
- Si ingresó un número del Seguro Social, es posible que se le indique que seleccione un grupo; seleccione el grupo que represente el plan de salud actual del miembro; luego haga clic en **Continuar** (*Continue*).



OR



CÓMO ENVIAR UN RECLAMO

continuación

6 La información del miembro se llenará automáticamente según los datos que haya en nuestro sistema. Si el correo electrónico y/o el número de teléfono del miembro no se llenan automáticamente, agregue esta información para que nuestro equipo pueda comunicarse fácilmente con usted si fuera necesario.

7 Haga clic en el botón verde **+ Agregar reclamo** (+ Add Claim).

8 Ingrese el nombre del proveedor y otra información relacionada acerca del reclamo **TAL COMO SE ESPECIFICA EN SU FACTURA**. Si el reclamo representa múltiples fechas de servicio, desmarque el botón **Servicio en el mismo día** (Same day service) e ingrese el rango de fechas correspondiente al reclamo. Una vez que haya ingresado toda la información necesaria, haga clic en **+ Agregar** (+ Add).

9 Adjunte el archivo de documentación del reclamo. El archivo puede ser un escaneo, una foto u otro tipo de archivo que represente documentación del reclamo (p. ej., una foto del recibo del proveedor). Haga clic en **Agregar archivos** (Add Files), seleccione el documento que desee subir y haga clic en **Abrir** (Open).

10 Ingrese cualquier otra información en la sección **Comentarios adicionales** (Additional Comments) en la parte inferior de la pantalla.

11 Una vez que haya ingresado toda la información de su reclamo, haga clic en **Enviar** (Submit). Allegiance procesará su solicitud y se comunicará si tiene alguna pregunta.

Una vez enviado su reclamo, recibirá un número de confirmación. Se recomienda registrar su número de confirmación.

Submit a Claim

Health/Reimbursement Login | COBRA Login | Provider Login

SUBMIT A CLAIM

Contact info
Name: PAUL PARKER
Email: Paul@Parker.com
Phone: (999) 999-9999

Health Claim Information
+ Add Claim
Total Charges: \$0.00

6

7

Additional Health Claim Information

Provider name: Dr. Jane Jones
Service description: Elbow Pain
Service date: 08/01/2022
Charge: \$ 125.00

Same day service

+ Add Cancel

8

Submit a Claim

Health/Reimbursement Login | COBRA Login | Provider Login

SUBMIT A CLAIM

Contact info
Name: PAUL PARKER
Email: Paul@Parker.com
Phone: (999) 999 - 9999

Health Claim Information
+ Add Claim
Total Charges: \$0.00

Upload Files
Accepted File Types: jpg, pdf, png, tif
Size Limit: 10MB per file
+ Add Files Uploads: 0 Upload Size: 0

Additional Comments

9

10

11 **Submit**

11

ACLARACIÓN

Una vez enviado el reclamo, pueden pasar hasta 3 días hábiles hasta que el reclamo aparezca en línea y 14-30 días hábiles hasta que usted reciba su pago.

Funciones en línea para los miembros

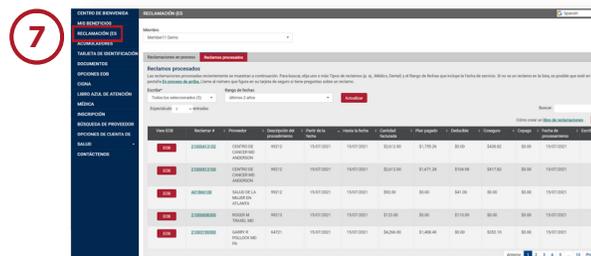
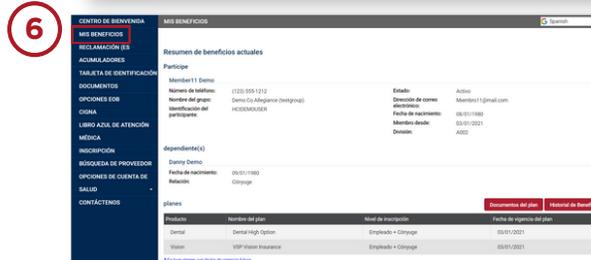
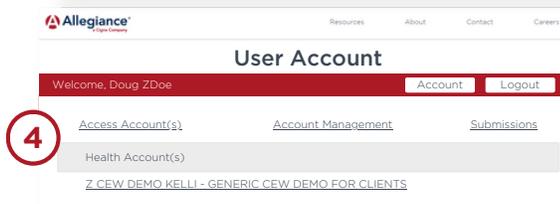
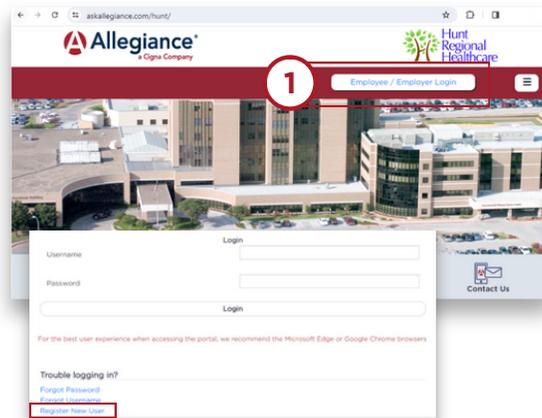
Puede usar su sitio personalizado para acceder instantáneamente al estado de sus reclamos, su elegibilidad, información sobre los beneficios, tarjetas de ID y mucho más. Esta guía le brindará una descripción general para navegar por el sitio actualizado y usar sus servicios. Para comenzar, cree un usuario en www.AskAllegiance.com/hunt.

Cómo iniciar sesión

- 1 Para configurar la nueva información de inicio de sesión, haga clic en **Inicio de sesión en cuenta de salud/reembolso** (*Health/Reimbursement Login*), y luego en **Registrar nuevo usuario** (*Register New User*) en la parte inferior del recuadro. Deberá ingresar información demográfica básica para verificar su identidad.
- 2 Una vez que ingrese esta información, el sistema le pedirá que cree un nombre de usuario y una contraseña. Tenga en cuenta los requisitos específicos de caracteres y longitud.
- 3 Después de hacer clic en **Verificarme** (*Verify Me*), el sistema lo llevará de regreso a la página de inicio de sesión principal. Ingrese su nombre de usuario y contraseña recién creados para pasar al portal para miembros en línea.
- 4 El portal en línea de Allegiance le permite acceder a múltiples servicios de Allegiance mediante un único inicio de sesión. Después de ingresar la información de nombre de usuario y contraseña, seleccione el servicio que esté buscando. Tenga presente que según qué servicios haya elegido, es posible que algunos miembros vean una o múltiples opciones.

Servicios en línea

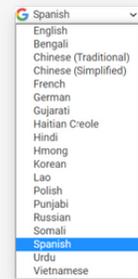
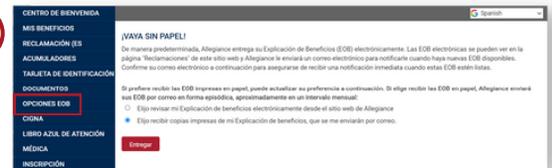
- 5 La página **CENTRO DE BIENVENIDA** (*WELCOME CENTER*) incluye una descripción general de la principal información de su Plan de salud. Desde esta página de inicio podrá revisar su elegibilidad, sus reclamos recientes y mucho más.
- 6 **MIS BENEFICIOS** (*MY BENEFITS*) muestra la información demográfica para usted y cualquier dependiente inscrito, además de información sobre todos los planes activos.
- 7 La página **RECLAMOS** (*CLAIMS*) le permite visualizar todos los reclamos procesados y también tiene una pestaña para los reclamos en proceso. Los recuadros **Tipo** (*Type*) y **Rango de fechas** (*Date Range*) le permiten filtrar los reclamos.



FUNCIONES EN LÍNEA PARA LOS MIEMBROS

continuación

- 8 Seleccione **Número de reclamo** (*Claim Number*) para mostrar una vista detallada de un reclamo específico o haga clic en el botón **EOB** para cargar su Explicación de beneficios.
- 9 En la página **ACUMULADORES** (*ACCUMULATORS*), podrá revisar el estado actual de sus acumuladores, incluidos los deducibles y desembolsos máximos individuales y familiares.
- 10 En **TARJETA DE ID** (*ID CARD*), al hacer clic en el botón **Obtener tarjeta de ID ahora** (*Get ID Card Now*), se cargará una versión electrónica de su tarjeta de ID.
- 11 Si necesita una copia impresa de reemplazo de su tarjeta de ID, seleccione **Solicitar tarjeta de ID por correo** (*Request ID Card by Mail*). Complete el breve formulario y confirme la dirección para su tarjeta; Allegiance verificará su información y se le enviará una tarjeta nueva por correo.
- 12 Para consultar la Descripción resumida de su plan (SPD, por sus siglas en inglés), el Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) y otros materiales importantes, vaya a la página **DOCUMENTOS** (*DOCUMENTS*).
- 13 Al suscribirse al Portal para miembros de Allegiance, podrá recibir todas sus EOB directamente en su dirección de correo electrónico preferida. Ya no tendrá que esperar que le lleguen documentos importantes por correo ni revisar pilas de papeles. Seleccione **OPCIONES PARA EOB** (*EOB OPTIONS*) en el menú de la izquierda para actualizar su dirección de correo electrónico preferida o cambiar sus preferencias relativas a las EOB.
- 14 Según su Plan de salud, es posible que vea opciones adicionales, como (*HEALTHCARE BLUEBOOK*) o **BÚSQUEDA DE PROVEEDORES** (*PROVIDER SEARCH*), entre otras. Estos vínculos le conectarán con otros servicios en línea a través de un único inicio de sesión. Para todos los vínculos que tengan un único inicio de sesión, asegúrese de deshabilitar los bloqueadores de elementos emergentes habilitados por su navegador, ya que impedirán que se cargue la página.



Para traducir el Portal para miembros a un idioma diferente, haga clic en el menú desplegable de Google Translate en la esquina superior derecha y elija su idioma preferido.

El portal www.AskAllegiance.com/hunt brinda toda la información que necesita para administrar su Plan de salud, pero si en algún momento tiene preguntas sobre el portal o cualquiera de sus beneficios, llame a sus Asesores de miembros exclusivos al número de servicios que aparece en su tarjeta de ID del Plan de salud.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

Modelo de Explicación de beneficios



1 Allegiance Benefit Plan Management, Inc.
P.O. Box 3018
Missoula MT 59806-3018

Forwarding Service Requested

2 *****
JOHN A SAMPLE
1234 MAIN AVE
ANYTOWN MT 12345-6789

Explanation of Benefits

Please retain for your records.
It is the only copy you will receive.
**THIS IS NOT A BILL AND DOES NOT
INCLUDE A CHECK FOR REIMBURSEMENT**

3 Customer Service

4 Group Name: ABC COMPANY, INC.
5 Group #: 9999999
Date: 02/14/2023
6 EOB #: 888888AB7C

7 Claim status information or verification of benefits may be obtained 24 hours a day by accessing our website at www.askallegiance.com or our Interactive Voice Response (IVR) system at (406) 523-3199. For answers to other questions please contact Customer Service at (800) 877-1122. **8**

This is an episodic summary of claims processed.
Any payment made to you was sent with a separate Explanation of Benefits.

9 **Go Green!**
Allegiance offers paperless, electronic EOBs for all members. Electronic EOBs are faster, safer, and better for the environment. Access and store EOBs and claims history online - no more papers to save. Sign-up for this free service today at www.AskAllegiance.com.

10 Claim: 2222222AB33 **12** Member ID: XXXXXXXX5 **13** Employee: JOHN A SAMPLE **14** Patient Account #: 987654321-A
11 Patient: JOHN A SAMPLE **15** DOB: 10/12/XXXX **16** Provider: SAM M SMITH DO

Treatment Dates	Procedure	Billed Amount	Ineligible Amount	Reference Code	Adjustments	Deductible Amount	Co-pay Amount	Co-Insurance	Paid At	Payment Amount	
12/09-12/09/2022	immunization admin	\$35.00	\$0.00	I3108	\$7.35	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$27.65	
12/09-12/09/2022	immunization admin each add	\$35.00	\$0.00	I3108	\$7.35	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$27.65	
12/09-12/09/2022	flu vac no prsv 4 val 3 yrs+	\$23.00	\$0.00	I3108	\$4.83	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$18.17	
12/09-12/09/2022	ZOSTER(SHINGLES)VACCINE(42V)RECOMBINANT	\$207.00	\$0.00	I3108	\$43.47	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$163.53	
12/09-12/09/2022	prev visit est age 40-64	\$291.00	\$0.00	I3108	\$61.11	\$0.00	\$0.00	\$0.00	100%	\$229.89	
Column Totals		\$591.00	\$0.00		\$124.11	\$0.00	\$0.00	\$0.00		\$466.89	
16 You MAY owe the provider.... \$0.00										27 Other Insurance Credits	\$0.00
										28 Adjusted Payment	\$466.89

Code	Description
I3108	Allegiance Benefit Plan Management participating provider. The patient is not responsible.

30 Appeal Rights
Appeal procedures are printed as the last page of this document.

31 Deductible/Out of Pocket Summary

Member Name	Description	Current Period	Amount Met	Past Period	Amount Met
JOHN A	MAJOR MEDICAL DED	01/01/22	\$82.16		
JOHN A	RX APPLIED TO OOP	01/01/22	\$18.40		
JOHN A	MAJOR MEDICAL OOP	01/01/22	\$138.00		
Family Totals:	MAJOR MEDICAL DED	01/01/22	\$600.00		
Family Totals:	RX APPLIED TO OOP	01/01/22	\$485.25		
Family Totals:	MAJOR MEDICAL OOP	01/01/22	\$1,650.61		

HOW TO READ CÓMO LEER SU Explicación de beneficios (EOB)

La siguiente es una descripción de su Explicación de beneficios (EOB). Los números se corresponden con los números del modelo de EOB de la página anterior de este cuadernillo.

- 1. Oficina de procesamiento de reclamos** (*Claim Processing Office*)
Es la ubicación de la oficina de procesamiento de reclamos. Puede escribirle a Servicio al Cliente a esta ubicación.
- 2. Dirección** (*Address*)
El nombre y la dirección a los que se enviará la EOB.
- 3. Nombre del grupo** (*Group Name*)
El nombre de su Grupo (en la mayoría de los casos, es su empleador).
- 4. Número de grupo** (*Group Number*)
El número de identificación correspondiente a su Grupo. Haga referencia a este número si llama o escribe en relación con su reclamo.
- 5. Fecha** (*Date*)
La fecha en que se emitió la EOB.
- 6. Número de EOB** (*EOB Number*)
Número de referencia para buscar una Explicación de beneficios.
- 7. Sitio web de Servicio al Cliente General** (*General Customer Service Website*)
Información de contacto para obtener información adicional acerca de su reclamo.
- 8. Número de teléfono de Servicio al Cliente** (*Customer Service Phone Number*)
El número de teléfono de Servicio al Cliente específico de su grupo para obtener información adicional sobre su reclamo.
- 9. Información sobre preferencia para la EOB** (*EOB Preference Information*)
Inicie sesión para elegir el método de entrega de su EOB y actualice su dirección de correo electrónico preferida.
- 10. Número de reclamo** (*Claim Number*)
El número único de identificación asignado a este reclamo. Haga referencia a este número si llama o escribe en relación con este reclamo.
- 11. Nombre del paciente** (*Patient Name*)
El nombre de la persona para la cual se prestaron servicios o se proporcionaron suministros.
- 12. Número de ID del miembro** (*Member ID Number*)
Número de ID único del empleado. Haga referencia a este número de ID si llama o escribe en relación con su reclamo.
- 13. Proveedor** (*Provider*)
El nombre de la persona u organización que prestó el servicio o proporcionó los suministros médicos.
- 14. Número de cuenta del paciente** (*Patient Account Number*)
Su número de cuenta, asignado por el proveedor del servicio.
- 15. Fechas de tratamiento** (*Treatment Dates*)
La(s) fecha(s) en que se prestaron los servicios.

Las disposiciones sobre Coordinación de beneficios se aplican según se describe en la Descripción resumida de su plan. Es posible que este plan pague o no las cantidades que su aseguradora primaria no pague.

CÓMO LEER SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

continuación

- 16. Responsabilidad del paciente** (*Patient Responsibility*)
Una vez calculados todos los beneficios, es la cantidad que debe pagar el paciente. Es un total formado por el deducible, el copago, el coseguro y cantidades que posiblemente no sean elegibles. Esta cantidad no incluye ningún pago realizado al momento del servicio.
- 17. Procedimiento** (*Procedure*)
Descripción del servicio prestado.
- 18. Cantidad facturada** (*Billed Amount*)
La cantidad facturada por cada servicio.
- 19. Cantidad no elegible** (*Ineligible Amount*)
La cantidad que no es elegible para recibir beneficios en virtud del plan (p. ej., beneficios duplicados, servicio no cubierto). Es posible que algunas cantidades sean Responsabilidad del paciente. Consulte los códigos de referencia (n.o 17, 28) para obtener más información.
- 20. Código de referencia** (*Reference Code*)
Código relativo a la cantidad "no elegible". Se usa para solicitar información adicional o brindar explicaciones adicionales sobre la denegación/el pago del reclamo. Para ver más información, consulte el punto n.o 29.
- 21. Ajustes** (*Adjustments*)
Identifica los ahorros recibidos de un Proveedor de la red, si corresponde.
- 22. Cantidad del deducible** (*Deductible Amount*)
La cantidad de los cargos permitidos que se aplican a su deducible del plan y deben pagarse antes de que puedan pagarse beneficios.
Responsabilidad del paciente.
- 23. Cantidad del copago** (*Co-pay Amount*)
La cantidad de los cargos permitidos, especificada por su plan, que usted debe pagar antes de que se paguen beneficios (p. ej., copago por visita al consultorio de \$20).
Responsabilidad del paciente.
- 24. Coseguro** (*Co-Insurance*)
El costo compartido del miembro, expresado como un porcentaje de los gastos elegibles, generalmente después del deducible (p. ej., 20%).
Responsabilidad del paciente.
- 25. Pagado al** (*Paid At*)
El porcentaje según el cual su plan pagó el servicio elegible en virtud de su plan de beneficios.
- 26. Cantidad del pago** (*Payment Amount*)
Beneficios pagaderos por los servicios brindados.
- 27. Créditos de otros seguros** (*Other Insurance Credits*)
Representa los ajustes/pagos basados en los beneficios de otros planes de salud o aseguradoras.
- 28. Pago ajustado** (*Adjusted Payment*)
La suma de la columna "Pago ajustado" correspondiente a ese reclamo.
- 29. Descripción del código de referencia** (*Reference Code Description*)
En esta sección aparecerá una explicación del código de referencia del n.o 20.
- 30. Derechos de apelación** (*Appeal Rights*)
Descripción de sus derechos conforme al plan cuando se toma una determinación adversa sobre el reclamo.
- 31. Resumen de deducibles/desembolsos** (*Deductible/Out of Pocket Summary*)
Acumuladores de deducibles/desembolsos para el año en curso a la fecha de la EOB.

Las disposiciones sobre Coordinación de beneficios se aplican según se describe en la Descripción resumida de su plan. Es posible que este plan pague o no las cantidades que su aseguradora primaria no pague.

Envío de formularios en línea

El envío de formularios en línea permite a los miembros enviar reclamos en forma electrónica. Esta función se encuentra en www.AskAllegiance.com/hunt.

Los formularios que hay en línea son interactivos. De esta manera, el envío es más eficiente y el procesamiento es más veloz. Además, los miembros reciben la confirmación de que recibimos la información.

Allegiance enviará solicitudes impresas cuando se requiera información. También tendrá la posibilidad de llenar el formulario, imprimirlo y enviarlo por correo postal o fax.

CÓMO enviar un formulario en línea

- 1 Visite www.AskAllegiance.com/hunt.
- 2 Haga clic en el ícono **Formularios** (*Forms*).
- 3 Haga clic para abrir el formulario que esté buscando, luego siga las indicaciones de ese formulario.



Cómo trabaja Allegiance con sus proveedores de cuidado de la salud

Como el Administrador externo (TPA) de su Plan de salud, Allegiance procesa los reclamos enviados por sus proveedores de cuidado de la salud. Este proceso funciona mejor cuando los proveedores conocen cierta información básica sobre la cobertura de su Plan de salud que les ayuda a enviar los reclamos de manera rápida y precisa.

Recomendamos brindar la siguiente información a su(s) proveedor(es) junto con su nueva tarjeta de ID para asegurarse de que comprenda(n) cómo enviar correctamente los reclamos y verificar la información de su Plan de salud.



Muéstrele la siguiente página de información a su proveedor.

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES Trabajar con Allegiance

Allegiance Benefit Plan Management, Inc. es el Administrador externo (TPA) del plan de salud de su paciente. A pesar de ser una subsidiaria totalmente controlada de Cigna, Allegiance opera de manera independiente para ofrecer a sus clientes una flexibilidad y personalización líder en la industria. Esto significa que los proveedores deben comunicarse directamente con Allegiance por cuestiones vinculadas con la elegibilidad, la verificación de los beneficios y el estado de los reclamos para este paciente.

Revise la siguiente información acerca de cómo enviar reclamos y verificar la elegibilidad.

- **La verificación de beneficios en línea** está disponible en <https://www.askallegiance.com/ivr>
- El **Servicio al Cliente de Allegiance** está disponible de 8a - 6p (CST), de lunes a viernes, llamando al 1-855-999-1058
- **Los proveedores interesados en las transacciones según la HIPAA 270/271 y 276/277** deberían pedirle a su centro de intercambio de información que se comuniquen con Availity en <https://www.availity.com>

INFO FOR PROVIDERS Working with Allegiance

Allegiance Benefit Plan Management, Inc. is the Third Party Administrator (TPA) for your patient's health plan. Though we are a wholly-owned subsidiary of Cigna, Allegiance operates independently to bring industry-leading flexibility and personalization to our clients. This means that providers must contact Allegiance directly for eligibility, benefits verification, and claims status for this patient.

Please review the information below regarding how to submit claims and verify eligibility.

- **Online Verification of Benefits** is available at <https://www.askallegiance.com/ivr>
- **Allegiance Customer Service** is available from 8a - 6p CST, Monday through Friday at 1-855-999-1058
- **Providers interested in HIPAA transactions; 270/271, 276/277** should have their clearinghouse contact Availity at <https://www.availity.com>

Proceso PROCESS	Contacto CONTACT	Información adicional ADDITIONAL INFORMATION
Envío de reclamos <i>Claim Submission</i>	Cigna	P.O. Box 188061, Chattanooga, TN 37422-8061 Payer ID: 62308
Procesamiento de reclamos <i>Claim Processing</i>	Allegiance	1-855-999-1058
Estado de los reclamos <i>Claim Status</i>	Allegiance	1-855-999-1058
Pago de reclamos <i>Claim Payment</i>	Allegiance	1-855-999-1058
Certificación previa/revisión previa al tratamiento <i>Pre-Certification / Pre-Treatment Review</i>	Administración de la atención de Allegiance <i>Allegiance Care Management</i>	1-800-342-6510
Reembolso de pagos <i>Payment Refunds</i>	Allegiance	P.O. Box 3018, Missoula, MT 59806-3018
Verificación de beneficios <i>Benefit Verification</i>	Allegiance	1-855-999-3199 / 406-523-3199 www.abpmtpa.com/nrsp/ivrrequest.asp

IMPORTANTE

Información de contacto

**Respuesta por fax las 24 horas
Verificación de la cobertura**

1-800-877-1122 o (406) 523-3199

Dirección para enviar reclamos

CIGNA

P.O. Box 188061

Chattanooga, TN 37422-8061

ID de pagador electrónico: 62308

Servicio al Cliente

1-855-999-1058

De 7:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar central

Express Scripts

1-800-334-8134

Sitio web

www.AskAllegiance.com/hunt



ACLARACIÓN

Esta descripción general se preparó para destacar brevemente las diferentes herramientas y servicios útiles que están disponibles. Consulte el Documento resumido del plan para obtener información detallada sobre los beneficios y las limitaciones del plan.

Allegiance Benefit Plan Management, Inc.

2806 S. Garfield St. P.O. Box 3018 | Missoula, MT 59806-3018
1-855-999-1058 | www.AskAllegiance.com/hunt