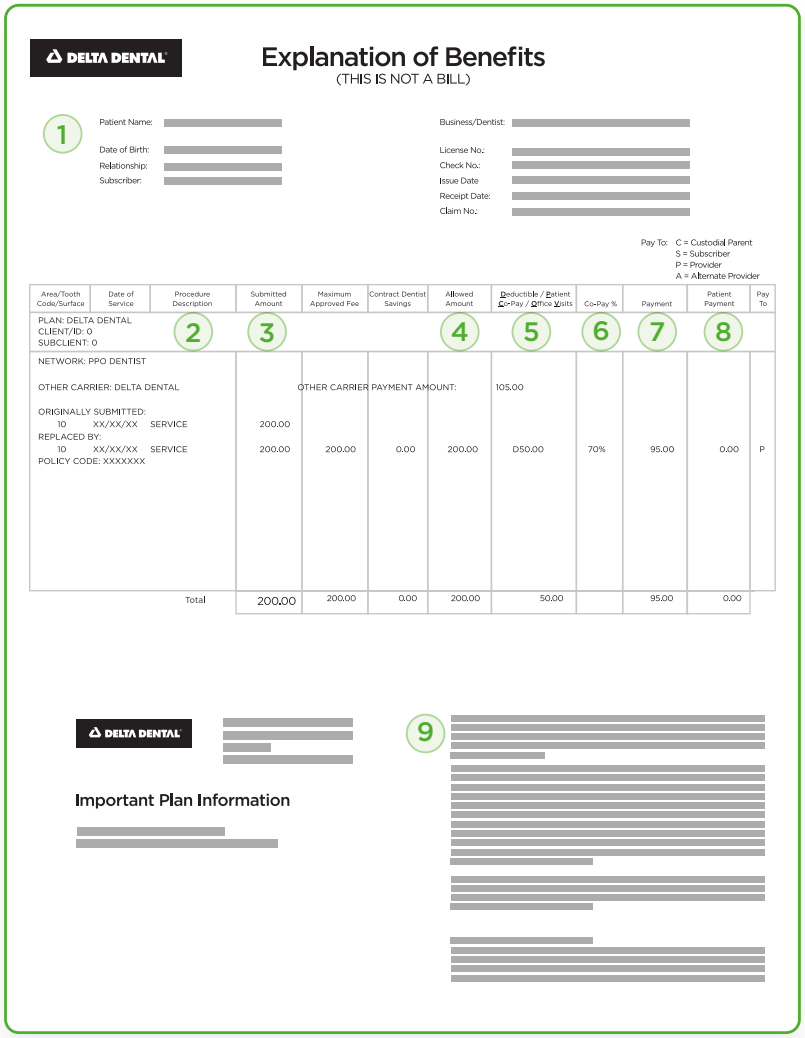
DELTA DENTAL®

Cómo comprender su Explicación de Beneficios (EOB)

Después de una visita al consultorio del dentista, es posible que reciba una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de Delta Dental que le explicará los procedimientos realizados y qué cubre su plan dental procedimientos realizados y qué cubre su plan dental.

1. Esta sección contiene información de identificación del suscriptor y del paciente que necesitará para verificar el estado de una reclamación o para refutar una reclamación.
2. **La Descripción del procedimiento** explica los servicios recibidos en el consultorio del dentista.
3. **El Monto presentado** es el monto que el dentista cobró por los servicios.
4. **El Monto permitido** muestra los cargos contratados de Delta Dental por cada procedimiento.
5. Si se le realiza un procedimiento que no está totalmente cubierto por Delta Dental, el **Deducible** es el monto que se aplica al servicio. Debe pagar el deducible antes de que Delta Dental pague la parte que le corresponde.
6. **El Copago** identifica el porcentaje que cubrirá el plan por cada procedimiento.
7. **El Pago** es el monto que Delta Dental le pagó a su dentista por los servicios prestados.
8. **El Pago del paciente** es el monto que el paciente le debe al dentista. Su dentista no debe facturarle más que este monto.
9. Esta sección incluye detalles sobre el proceso de apelaciones.



DELTA DENTAL

Explanation of Benefits

(THIS IS NOT A BILL)

1

Patient Name:
Date of Birth:
Relationship:
Subscriber:

Business/Dentist:
License No.:
Check No.:
Issue Date
Receipt Date:
Claim No.:

Pay To: C = Custodial Parent
S = Subscriber
P = Provider
A = Alternate Provider

Area/Tooth Code/Surface	Date of Service	Procedure Description	Submitted Amount	Maximum Approved Fee	Contract Dentist Savings	Allowed Amount	Deductible / Patient Co-Pay / Office Visits	Co-Pay %	Payment	Patient Payment	Pay To
PLAN: DELTA DENTAL CLIENT/ID: 0 SUBCLIENT: 0			2	3		4	5	6	7	8	
NETWORK: PPO DENTIST											
OTHER CARRIER: DELTA DENTAL				OTHER CARRIER PAYMENT AMOUNT:			105.00				
ORIGINALLY SUBMITTED:											
10	XX/XX/XX	SERVICE	200.00								
REPLACED BY:											
10	XX/XX/XX	SERVICE	200.00	200.00	0.00	200.00	D50.00	70%	95.00	0.00	P
POLICY CODE: XXXXXXX											
		Total	200.00	200.00	0.00	200.00	50.00		95.00	0.00	

DELTA DENTAL

Important Plan Information

9

Algunas EOB tienen mensajes adicionales para ayudar a los pacientes a entender por qué no se pagó un procedimiento.

The Power of Smile™
Obtenga más información sobre cómo la salud bucal se conecta con la salud general en:
Blog.DeltaDentalNE.org

DELTA DENTAL®
Delta Dental of Nebraska

© 2026 Delta Dental of Nebraska y sus afiliadas. Todos los derechos reservados.
Delta Dental of Nebraska es una licencia autorizada de Delta Dental Plans Association of Oak Brook, Illinois.
DDNE.2.25.26