

# Características Clave del Extracto de Facturación Mejorado de Facey

**1 Su dirección postal** figura aquí. Para su comodidad, imprimimos la información sobre su seguro actual en el reverso de esta página. Le solicitamos que la revise y haga cambios, si es necesario.

**2 La fecha de vencimiento del pago** ahora se encuentra destacada en la parte superior del extracto de facturación y se incluye su número de cuenta. Ésta es además la parte del extracto que usted debe devolver con su pago.

**3 Nuestra dirección postal** para los pagos con cheque y tarjeta de crédito está ubicada aquí. *Asegúrese de incluir su número de cuenta* en el comprobante de pago o en el campo de referencia si usted decide pagar su factura por Internet por medio de su banco o de otro servicio.

**4 La persona responsable del pago** figura aquí junto con el número de cuenta. También incluimos el total de los cargos que hemos facturado a su compañía de seguro. *Tenga en cuenta que usted puede ser responsable de estos cargos de modo total o parcial, según los beneficios de su plan de seguro.*

**5 Sus cargos y pagos actuales** están detallados por visita y figuran aquí con números de factura independientes. Para su referencia, también figura el nombre del médico que visitó. Cuando haya un pago adeudado correspondiente a una visita en particular, lo detallaremos aquí.

**6 Los mensajes importantes** sobre el estado de su cuenta estarán aquí. Léalos cuidadosamente y llámenos al número gratuito (877) 322-3963 si tiene preguntas.



FILE 50670 LOS ANGELES, CA 90074-0670  
**STATEMENT 04/28/2011**

Jane Doe  
 555 ANYWHERE STREET  
 MISSION HILLS, CA 91345

Insurance information on reverse side – please update  
 Update address change on reverse side

GUARANTOR: Jane Doe Account Number: 001030070  
**Note: CHARGES PENDING INSURANCE PAYMENT: \$90.00**  
 (Patient responsibility may apply based on member's health plan benefits)

SERVICES AND ASSOCIATED CHARGES		PAYMENTS AND AMOUNT OWED BY PATIENT	
Patient Name: Jane Doe		Past Due: \$0.00	
<b>Invoice Number: 13893291</b>			
Provider: Michael Sanchez MD		04/26/2011 NO PAYMENT RECEIVED	\$0.00
12/15/2010 99213 OFFICE VISIT, ESTA	\$100.00	04/26/2011 PMT BY BLUE CROSS	
12/15/2010 99395 PREV MEDICINE, EST	\$190.00	PAYMENT:	-\$140.00
		ADJUSTMENT:	-\$125.00
<b>Total Charges:</b>	<b>\$290.00</b>	<b>Amount Due:</b>	<b>\$25.00</b>
<b>Invoice Number: 13176709</b>			
Provider: Kamyar Amini MD		04/26/2011 PMT BY CHECK	-\$45.00
03/25/2011 99241 INITIAL CONSULT, L	\$135.00		
<b>Insurance Billed:</b>	<b>\$135.00</b>		

## Important Message Regarding Your Account

**7 En el reverso de esta página** encontrará información adicional, por ejemplo, su cobertura del seguro que tenemos en nuestros archivos, un formulario de cambio de dirección, una descripción general de nuestra política de pagos y un breve glosario de términos. Le recomendamos que controle esta información regularmente para verificar su exactitud y que nos notifique cualquier cambio.

ACCT NUMBER: 001030070	AMT DUE: \$25.00
CHECK #	AMT PAID \$
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CREDIT CARD #	
SIGNATURE	EXP DATE

**PAYMENT DUE UPON RECEIPT \$25.00**

MAKE CHECKS PAYABLE AND MAIL TO:  
**FACEY MEDICAL FOUNDATION**  
**FILE 50670**  
**LOS ANGELES, CA 90074-0670**

Please include account number with on-line payment(s)  
 Return upper portion with payment

### STATEMENT OF PROFESSIONAL SERVICES

**4**

**Do You Have Your Current Insurance Information?**  
 Accurate insurance information helps ensure prompt payments by your insurance company. Complete the insurance information area only if information has not been previously provided in this statement. (Please enclose copies of the front and back of your insurance card.)

PRIMARY INSURANCE: FACEY MEDICAL FOUNDATION (Facey) will bill your primary insurance carrier for all services. We do not adjust charges to your insurance carrier's usual and customary amounts unless your insurance carrier has a contract with Facey. Please review the account information listed above and submit any corrections or changes on the coupon provided. You may call Patient Accounts at (877) 322-3963 to make these changes.  Facey's contracted insurance carriers are listed on our website www.Facey.com.  SECONDARY/SUPPLEMENTAL INSURANCE: Facey bills secondary insurance carriers if you have provided us with both your primary and secondary insurance carrier information.  CHARGES PENDING INSURANCE PAYMENT: Information indicating services billed to your insurance carrier for payment processing. Patient responsibility may apply based on member's health plan benefits.  INSURANCE COVERAGE: It is patient responsibility to know insurance benefits and coverage. For questions regarding your benefits/coverage, call your insurance's member services department. This number is located on your insurance card.  DEDUCTIBLES/CO-INSURANCE: Deductibles and co-insurance are due and payable upon receipt of your statement.  CO-PAYMENTS: Co-payments are due at the time of service and may not be waived as per our health plan contracts. If co-payment was not made at time of service it is due upon receipt of your statement.  PATIENT PAYMENTS: Facey's policy requires payment in full due upon receipt of your statement. Payments may be made by credit card using the front top portion of the statement or by calling Patient Accounts at (877) 322-3963.  Facey reserves the right to charge a fee for each returned check, this fee is due upon receipt of your statement.  UNINSURED: Immediately contact the Business Office to inquire about our uninsured prompt payment discount or to discuss payment arrangements.  FINANCIAL ASSISTANCE: Facey has a Financial Assistance program for patients established with our medical group. If you are a low income patient who would like to request an application for assistance in paying your bill, please call (877) 322-3963 and request an application.  BILLING DISPUTES: Please contact the Business Office at (877) 322-3963 if disputing Facey's billed services.	MEMBER INFORMATION Primary Insurance: <input type="checkbox"/> PRIMARY <input type="checkbox"/> SECONDARY Member # POLICY # XXXXXXXXXX Phone Number: 800/XXXXXXX Member # Secondary Insurance Member # Insurance Co. Name Group Policy # Insurance Effective Date Employer # If you have questions about insurance plan benefits, deductibles and/or co-payments, please contact your insurance company. BLUE CROSS PRIMARY. Please contact Patient Accounts at (877) 322-3963 if the insurance bill is incorrect. Monday-Friday 8:00 am - 5:00 pm. Our Customer Service Representatives are happy to assist you.
--	--



**Su extracto para el paciente de Facey ahora es más fácil de leer.**

Escuchamos sus comentarios sobre nuestros extractos de facturación y tenemos el agrado de anunciar un extracto para el paciente con un nuevo diseño que combina sus opiniones con los cambios que ya teníamos planificados.

Dado que ésta puede ser la primera vez que usted reciba uno de nuestros nuevos extractos, le brindamos esta guía para ayudarle a comprender los cambios realizados. Esperamos que los cargos y montos a pagar sean ahora más fáciles de comprender.

Lea esta guía sobre el nuevo formato de los extractos y, si lo desea, consérvela como referencia. **Si tiene preguntas sobre el nuevo formato de su extracto, le ayudaremos con mucho gusto. Llame al número gratuito 1-877-322-3963 de la Oficina Administrativa de Facey, los días de semana, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**

Muchas gracias por haber elegido a los médicos y al personal de Facey para que le brinden sus soluciones de atención médica.

**Buenas noticias.**

---

---

---

**Hemos hecho algunas importantes mejoras a su extracto de facturación de Facey.**



Business Office  
P.O. Box 9602  
Mission Hills, California 91346-9602

**live healthy  
enjoy life**

