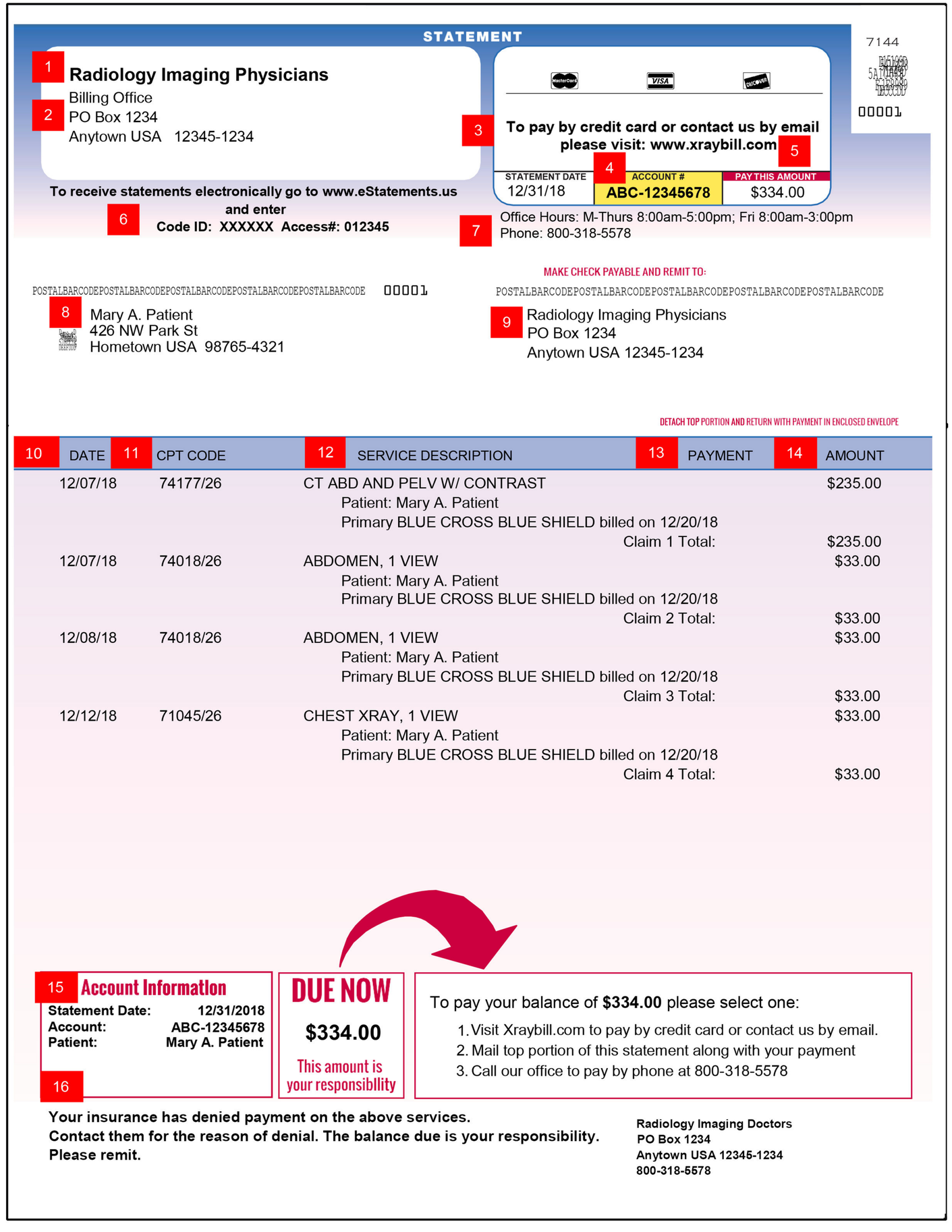
CÓMO LEER SU DECLARACIÓN

1. Nombre del grupo médico – el nombre del grupo de médicos que interpretaron y documentaron los exámenes de imagen médica para el paciente.
2. Dirección de facturación del grupo médico – la dirección de la oficina de facturación y facturación de los médicos.
3. Opción de pago en línea – para pagar con tarjeta de crédito por favor visite nuestro portal de pago de pacientes en línea seguro en xray-bill.com. Se aceptan la mayoría de las tarjetas de crédito.
4. Número de Grupo Médico y Número de Factura- Cuenta al cual aplicaremos el pago recibido. Las letras y números comenzando antes del guion hacen referencia al Grupo Médico. La numeración después del guion muestran su número de cuenta personal.
5. Número de cuenta – Numeración asignado al cual cada pago serán aplicado. Esta numeración consistiría de dos a tres letras con un digito separado por una serie de numeración.
6. Pago de factura – Cantidad adeudado de la factura actual.
7. Número de teléfono de la oficina de facturación – para hacer un pago o para hacer preguntas acerca de esta factura, use el número que aparece en la lista.
8. Traspaso electrónico de la factura – usted puede registrarse en este sitio para recibir declaraciones futuras enviadas por nuestro sistema de correo electrónico con seguridad de privacidad.
9. Nombre y dirección del tutor – el nombre y la dirección de la persona responsable de pagar esta factura, puede que sea o no sea el paciente.
10. Dirección de correo de pago – por favor use esta dirección para realizar su pago por correo.
11. Fecha – la fecha indicando servicios de radiología.
12. Código CPT – el número de código del procedimiento médico para los servicios prestados.
13. Descripción del servicio – una descripción de los servicios médicos proporcionados al paciente al que hace referencia el código CPT.
14. Pago – lista los pagos recibidos en esta cuenta durante el período de facturación actual.
15. Cantidad – saldo adeudado por cada servicio recibido.
16. Fecha de expedición- fecha que se ha impreso la factura.
17. Mensajes – cualquier mensaje acerca de su cuenta aparecerá aquí.



STATEMENT

7144

00001

1 **Radiology Imaging Physicians**
Billing Office
2 PO Box 1234
Anytown USA 12345-1234

3 **To pay by credit card or contact us by email please visit: www.xraybill.com** 5

STATEMENT DATE	4 ACCOUNT #	PAY THIS AMOUNT
12/31/18	ABC-12345678	$334.00

To receive statements electronically go to www.eStatements.us and enter
6 **Code ID: XXXXXX Access#: 012345**

7 Office Hours: M-Thurs 8:00am-5:00pm; Fri 8:00am-3:00pm
Phone: 800-318-5578

POSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODE 00001

8 Mary A. Patient
426 NW Park St
Hometown USA 98765-4321

MAKE CHECK PAYABLE AND REMIT TO:
POSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODEPOSTALBARCODE

9 Radiology Imaging Physicians
PO Box 1234
Anytown USA 12345-1234

DETACH TOP PORTION AND RETURN WITH PAYMENT IN ENCLOSED ENVELOPE

10 DATE	11 CPT CODE	12 SERVICE DESCRIPTION	13 PAYMENT	14 AMOUNT
12/07/18	74177/26	CT ABD AND PELV W/ CONTRAST		$235.00
		Patient: Mary A. Patient		
		Primary BLUE CROSS BLUE SHIELD billed on 12/20/18		
		Claim 1 Total:		$235.00
12/07/18	74018/26	ABDOMEN, 1 VIEW		$33.00
		Patient: Mary A. Patient		
		Primary BLUE CROSS BLUE SHIELD billed on 12/20/18		
		Claim 2 Total:		$33.00
12/08/18	74018/26	ABDOMEN, 1 VIEW		$33.00
		Patient: Mary A. Patient		
		Primary BLUE CROSS BLUE SHIELD billed on 12/20/18		
		Claim 3 Total:		$33.00
12/12/18	71045/26	CHEST XRAY, 1 VIEW		$33.00
		Patient: Mary A. Patient		
		Primary BLUE CROSS BLUE SHIELD billed on 12/20/18		
		Claim 4 Total:		$33.00

15 **Account Information**
Statement Date: 12/31/2018
Account: ABC-12345678
Patient: Mary A. Patient
16

DUE NOW
$334.00
This amount is your responsibility

To pay your balance of **$334.00** please select one:
1. Visit Xraybill.com to pay by credit card or contact us by email.
2. Mail top portion of this statement along with your payment
3. Call our office to pay by phone at 800-318-5578

Your insurance has denied payment on the above services. Contact them for the reason of denial. The balance due is your responsibility. Please remit.

Radiology Imaging Doctors
PO Box 1234
Anytown USA 12345-1234
800-318-5578