

**BILLING CONSENT:**  
**PERMISSION TO CALL MOBILE PHONE**  
**CONSENTIMIENTO DE FACTURACIÓN:**  
**AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR A SU TELÉFONO MÓVIL**

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph Stamp –

Patient Name, Medical Record Number

## Nuestro proceso de facturación

Gracias por elegir Stanford Health Care para recibir atención médica. Queremos asegurarnos de que entienda nuestro proceso de facturación. Seguimos el proceso que se indica a continuación para garantizar que sus solicitudes de reembolso se paguen correcta y oportunamente.

### Si tiene seguro médico:

- › Inicialmente se envía la factura a su seguro médico. Los montos correspondientes al deducible, coaseguro o copago son responsabilidad del paciente o su aval.
- › Si cuenta con seguro médico secundario, la factura de los montos correspondientes al deducible, coaseguro o copago correspondientes al paciente o su aval se envían a su seguro médico secundario, después de facturar a su seguro médico primario.
- › Si su seguro médico secundario también tiene montos de deducible, coaseguro o copago, estos se facturan al aval una vez que se tramita la solicitud de reembolso y el seguro médico secundario realiza el pago correspondiente.
- › Su seguro médico le enviará una copia de la explicación de beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*) tras tramitar o pagar las solicitudes de reembolso recibidas. Por favor revísela y guárdela en sus archivos. Este documento incluye información sobre la manera en que se tramita la solicitud de reembolso y la razón por la que usted es responsable de algún pago.

*\*Solicite a su seguro médico las aclaraciones necesarias en caso de tener preguntas sobre su cobertura y beneficios o sobre la razón por la que se le considera responsable de pago en una solicitud de reembolso. Tenga en cuenta que algunas solicitudes de reembolso tardan más en tramitarse que otras. En algunos casos, debemos apelar al seguro médico cuando las solicitudes de reembolso no se pagan correctamente.*

### Si no tiene seguro médico:

- › Recibirá una factura por los servicios.
- › Si tiene preguntas sobre su factura, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 549-3720, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Es importante que su expediente muestre la información más reciente y correcta, incluida su dirección, números de teléfono fijo y móvil, así como su información demográfica y de seguro médico. Informe al personal de recepción si sus datos han cambiado, para poder actualizar sus expedientes según sea necesario.

**CONSENTIMIENTO DE FACTURACIÓN – AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR O ENVIAR MENSAJES DE TEXTO A SU TELÉFONO MÓVIL**

Al firmar líneas abajo, reconoce que:

- 1) El número de teléfono asociado con este consentimiento (xxx-xxx-xxxx) es un número de teléfono móvil.
- 2) El número de teléfono móvil asociado con este consentimiento le pertenece; y
- 3) Usted autoriza a Stanford Health Care, sus representantes, contratistas o agencia de cobranza a que le llamen a este número de teléfono móvil a través de un marcador automático, a que le dejen un mensaje de voz pregrabado o a que le envíen un mensaje de texto a este teléfono móvil en la medida en que tal consentimiento sea necesario para efectos legales.
- 4) Usted entiende que su proveedor de telefonía celular puede aplicar cargos por los datos y mensajes que reciba.

No está obligado a dar su consentimiento para lo anterior como condición para recibir servicios en Stanford Health Care. *Puede negarse a dar su consentimiento al seleccionar “No doy mi consentimiento” más adelante. Puede notificarnos en cualquier momento, si cambia de decisión.*

Acepta informarnos si desea revocar este consentimiento, o si abandona o cambia el número de teléfono móvil que nos proporcionó. Para garantizar un trámite oportuno, le pedimos nos lo informe de preferencia a través de nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 549-3720, sin embargo, también puede retractarse a través de otros métodos aceptables, como enviar un aviso escrito por correo o enviar un mensaje de facturación a través de *MyHealth*.

- Doy mi consentimiento**
- No doy mi consentimiento**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(*Print Name*)

Firma: \_\_\_\_\_  
(*Signature*)

Fecha: \_\_\_\_\_  
(*Date*)