

Membership Billing Application



Mail to: DIME Medical
340 Main Street
Darlington, WI 53530
Fax to: (855) 574-5406
Phone: (608) 482-2005

Patient(s) Name(s): _____ **Date:** _____
Nombre del Paciente Fecha

Above name should be payor family membership or parent child or similar, other names below:
El nombre de arriba debe ser de él que va a pagar la membresía para la familia y los miembros con sus nombres acá:

If someone else is paying your membership outside of the Member family, then see #4.
Si alguien más que NO es parte de la membresía está pagando, por favor ve a la opción #4.

You may pay for your Membership in a variety of ways but payment is due at onset of month of service: **CHOOSE A METHOD OF PAYING**
Usted puede pagar por su membresía en una variedad de maneras, pero su pago es debido al comienzo del mes de la membresía antes de recibir nuestros servicios: **ESCOGE UNA METODO DE PAGO**

1. Automatic Bank Deduction for membership fee and any charges:

Deducción Bancaria Automática para las cuotas de la membresía y otros costos:

Name of bank: _____
Nombre del Banco

Account holder name: _____
Nombre del Dueño de la Cuenta

Routing Number: _____
El Número de Ruta Bancaria

Bank Account Number: _____
El Número de Cuenta Bancaria

I authorize the direct bank deduction from my bank account to pay the Membership Fee:
Yo autorizo la deducción bancaria directa de mi cuenta bancaria para pagar la cuota de membresía:

_____ Every Month, _____ Every 3 months, _____ Every 6 months, _____ Every year
Cada Mes Cada 3 Meses Cada 6 Meses Cada año

On the _____ 1st, _____ 5th, _____ 10th, _____ 15th, _____ 20th, _____ 25th of the month
En la fecha del: 1 5 10 15 20 25 del mes

Signature: _____ **Date:** _____
La Firma La Fecha

Membership Billing Application

2. Automatic Credit Card payment of Membership fee and any charges:

El Pago de Tarjeta de Crédito Automático para la cuota de Membresía y otros costos:

Name on Credit Card: _____

El Nombre en la Tarjeta de Crédito

Credit Card Number: _____

El Número de la Tarjeta de Crédito

CVC: _____

Código

Expiration Date: _____

La Fecha de Caducidad

____ Every Month, ____ Every 3 months, ____ Every 6 months, ____ Every year
Cada Mes Cada 3 Meses Cada 6 Meses Cada Año

On the ____ 1st, ____ 5th, ____ 10th, ____ 15th, ____ 20th, ____ 25th of the month
En la Fecha de 1 5 10 15 20 25 del Mes

Signature: _____ Date: _____

La Firma

La Fecha

3. Manually pay each payment period of membership fee and any charges:

Pagar manualmente cada pago de membresía y cualquier otro costo:

____ Personal Check, ____ Manual Credit Card payment, ____ Cash
Cheque Personal Pago de Tarjeta de Crédito Manual Dinero en Efectivo

Every: ____ Month, ____ Every 3 months, ____ Every 6 months, ____ Every Year
Cada: ____ Mes Cada 3 Meses Cada 6 Meses Cada Año

Please send me a bill for the charges. Payment is due BEFORE services period begins.

Por favor, mandame una cuenta de los costos. El pago es debido ANTES de recibir los servicios de la Membresía.

Signature: _____ Date: _____

La Firma

La Fecha

4. Someone else is paying the Membership and any fees associated with this patient/family account. Please also complete appropriate sections in 1-3 above with PAYOR signature.

Alguien más está pagando para la membresía y cualquier otros costos para este paciente o familia. Por favor, elige el método apropiado en las secciones de 1-3 con la firma de EL QUE VA A PAGAR.

Name of payor: _____

Nombre del Pagador

Phone of payor: _____

El Número de Teléfono del Pagador

Address of payor: _____

La Dirección

Signature of Payor: _____

La Firma del Pagador

Date: _____

La Fecha

Membership Billing Application

There ARE discounts available, should you choose to pay for multiple months at a time.
Hay algunos descuentos disponibles a caso de que usted eliga pagar por varios meses a la vez.

Discounts:

Adult \$600/yr:

Paying for full year - 5% discount -- would be \$570 for full yr.

Paying for 6 months - 2.5% discount -- would be \$585 for full yr.

Paying for 3 months - 1% discount -- would be \$594 for full year.

Child \$300/yr : 5% is \$285, 2.5% is \$292.50, 1% is \$297

Family \$1,800/yr: 5% is \$1,710, 2.5% is \$1,755, 1% is \$1,782

Los Descuentos:

Adulto \$600/año:

Si paga por un año completo - Descuento de 5% -- Entonces cuesta \$570 por el año.

Pagar por 6 meses a la vez - Descuento de 25% -- \$585 por el año.

Pagar por 3 meses a la vez - Descuento de 1% -- \$594 por el año.

Niño/a \$300/año: 5% = \$285, 2.5% = \$292.50, 1% = \$297

Familia \$1800/año: 5% = \$1710 2.5% = \$1755 1% = \$1782