

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Los pacientes son responsables de todos los cargos y servicios que no estén cubiertos por su proveedor de seguros. De acuerdo con las políticas de pago de nuestra oficina, le pedimos que revise los siguientes términos y condiciones y proporcione un método de pago alternativo.

1. Entiendo que el Proveedor presentará reclamos de facturación a mi proveedor de seguros para el reembolso, pero soy el único responsable de todos los cargos y servicios que reciba de este Proveedor, incluidos los cubiertos por mi seguro.
2. Entiendo que se puede esperar el pago en el momento del servicio. Esto puede incluir un copago y un pago adicional si esta práctica determina que el costo de mi visita de hoy no será reembolsado por mi proveedor de seguros.
3. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa de servicio o se me puede negar el servicio por no pagar un copago o cualquier saldo pendiente en el momento del servicio.
4. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que el Proveedor tenga información actualizada en sus archivos, en todo momento, incluyendo mi dirección, detalles de contacto, información del seguro y una tarjeta de crédito/débito válida u otra información de pago.
5. Entiendo que mi firma e información de pago se mantendrán en archivo para uso futuro por parte del Proveedor.
6. Entiendo que el Proveedor puede ofrecer una opción de plan de pago automático, si está disponible, y que esta conveniencia puede generar cargos por intereses.
7. Autorizo al consultorio anterior y/o a su agente de pago designado a aplicar cargos a mi tarjeta de pago y/o cuenta bancaria por todos los montos adeudados al consultorio por visitas médicas, procedimientos o suministros, incluidos (i) los montos acordados como parte de un plan de pago, (ii) copagos, (iii) coseguro (después de la aplicación de los ingresos del seguro), (iv) montos no cubiertos por el seguro y/o (v) tarifas (si corresponde) cobradas por la práctica por incumplimiento para asistir a una cita programada o proporcionar un aviso oportuno de cancelación de cita.
8. Entiendo que puedo recibir un estado de cuenta mensual por cualquier saldo pendiente que no se satisfaga mediante un cargo a mi método de pago y que soy responsable de pagar este saldo antes de la fecha de vencimiento.
9. Entiendo que los saldos impagos pueden incurrir en cargos adicionales y cargos por intereses.
10. Entiendo que es posible que no se me proporcione un aviso por adelantado de los pagos autorizados y que cualquier aviso por adelantado que se dé se hace como una cortesía del proveedor. Las transacciones se mantendrán en el archivo del paciente.
11. Autorizo al Proveedor y/o su agente de pago designado a enviar estados de cuenta electrónicos, facturas y recibos a la dirección de correo electrónico que he proporcionado a esta oficina. Entiendo que es mi responsabilidad mantener una dirección de correo electrónico actualizada en el archivo y que no recibiré una copia por correo de ningún estado de cuenta electrónico.
12. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta el vencimiento de la tarjeta de crédito o hasta que proporcione un aviso de cancelación por escrito de 30 días al Proveedor.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN:

Al firmar este formulario (i) reconozco que he recibido, revisado y entiendo las políticas de pago del Proveedor, (ii) autorizo al Proveedor y/o a su agente de pago designado a cargar mi tarjeta de crédito/débito de acuerdo con la política de pago y (iii) certifico que soy un tarjetahabiente o usuario autorizado de esta tarjeta de crédito/débito.

Nombre en la Tarjeta: _____

Correo Electrónico: _____

Tarjeta de crédito #: _____

CVV: _____ Código postal de facturación: _____

Tipo de tarjeta: Visa Mastercard American Express Discover Otra _____

Firma del titular

Fecha