

Tarjeta de crédito en el contrato de presentación

Por el COVID-19 Nacional Emergencia de salud nuestra práctica ha implementado una nueva política de tarjetas de crédito. Al igual que otros negocios como hoteles, o agencia de alquiler de coches, ahora tenemos una política similar donde pedimos una tarjeta de crédito que se puede utilizar más tarde para pagar cualquier saldo que pueda ser debido en su factura.

Si elige no dejar una tarjeta o no puede hacerlo, la oficina aceptará \$ 200 para la visita. Después de que su operador lo procese, cualquier crédito restante será devuelto de inmediato.

Los copagos aún deben pagarse en el momento del servicio.

Al hacer el check-in, la información de su tarjeta de crédito se obtendrá y se mantendrá de forma segura hasta que su(s) seguro(s) hayan pagado su parte y nos notifiquen el saldo adeudado, si lo hubiera. En ese momento, se le enviará un estado de cuenta que tendrá 30 días para pagar. Después de 30 días, si la factura permanece sin pagar, le facturaremos su tarjeta de crédito.

Su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros permanecerá sin cambios.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política, por favor no dude en preguntar.

Al firmar a continuación, autorizo a James E. Haberman, M.D., P.A., a mantener mi firma y la información de mi tarjeta de crédito de forma segura en el archivo. Autorizo a James E. Haberman, M.D., P.A., a cobrar a mi tarjeta de crédito cualquier saldo pendiente cuando sea debido.

Si la tarjeta de crédito que proporciono hoy cambia, o expira, por favor notifique a la oficina. Si la tarjeta de crédito es denegada por cualquier motivo, acepto proporcionar una nueva tarjeta válida que se puede cargar por teléfono y que el nuevo coche puede ser utilizado con la misma autorización que el coche original. Si ejecutamos su tarjeta de crédito y se le niega por cualquier motivo, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa adicional de \$25 de la tarjeta rechazada si no podemos ejecutar una nueva tarjeta de crédito dentro de los 7 días.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: ____ / ____ / ____

**AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO
VISA, MASTERCARD(Círculo uno)**

NOMBRE (como aparece en la tarjeta de crédito) _____

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO _____

EXP. FECHA ____ / ____ CVV(código de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta de crédito) _____

DIRECCION DE BILLING DE TARJETA DE CREDITO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA AUTORIZADA _____ FECHA: ____ / ____ / ____