



TARJETA DE CRÉDITO EN LA POLÍTICA DE ARCHIVOS

En Conner Family Health Clinic, necesitamos mantener su tarjeta de crédito o débito en el archivo como un método de pago conveniente para la porción de servicios que su seguro no cubre, pero por lo cual usted es responsable. Sin esta autorización, se agregará un cargo de facturación de \$ 25 a su cuenta por cualquier saldo que debamos intentar recolectar mediante el envío de una declaración mensual. Además, un cargo de "saldo pendiente" de 1,5 por ciento de la factura total cobrará por cada mes en que la factura no sea pagada.

La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura y los pagos a su tarjeta se procesan sólo después de que la reclamación haya sido presentada y procesada por su asegurador y la parte de seguro de la reclamación ha pagado y contabilizado en la cuenta.

Autorizo a la Clínica de Salud Familiar de Conner a cargar la parte de mi factura que es mi responsabilidad financiera con la siguiente tarjeta de crédito o débito:

Amex Visa Mastercard Discover

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de caducidad _____ / _____ / _____

Nombre del titular de la tarjeta _____

Firma _____

Dirección de Envío _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Yo (nosotros), el abajo firmante, autorizo y solicito a la Clínica de Salud Familiar Conner que cargue mi tarjeta de crédito, arriba indicada, por saldos debidos por servicios prestados que mi compañía de seguros identifica como mi responsabilidad financiera.

Esta autorización se refiere a todos los pagos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios que me proporciona la Clínica de Salud Familiar Conner.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que cancelemos esta autorización. Para cancelar, yo (nosotros) debemos dar una notificación de 60 días a la Clínica de Salud Familiar Conner por escrito y la cuenta debe estar en buen estado.

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ / _____ / _____