

Autorización de retiro de pago automático

Yo, _____, Por la presente autorizo a Texas Diabetes & Endocrinology, P.A. para cargar en mi tarjeta de crédito cualquier cantidad que esté bajo mi responsabilidad. Texas Diabetes & Endocrinology, P.A. presentará mi reclamo a mi seguro en mi nombre (si corresponde, consulte el Acuerdo de pago privado). Una vez que se ha determinado la parte de responsabilidad del paciente, Texas Diabetes & Endocrinology, P.A. cargará en mi tarjeta de crédito el monto adeudado y me enviará un recibo del pago por correo electrónico. Entiendo que aún puedo ser capaz de disputar dicho cargo en cualquier momento hasta 90 días a partir de la fecha de servicio. También puedo solicitar que si la cantidad adeudada excede un cierto límite, se me llame antes de deducir el pago de mi tarjeta.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Email

Número de teléfono

Información de tarjeta de crédito

Entiendo que esta autorización tendrá vigencia hasta que la cancele por escrito. Estoy de acuerdo en notificar a Texas Diabetes & Endocrinology, P.A. por escrito de cualquier cambio en la información de mi cuenta o terminación de esta autorización. Certifico que soy un usuario autorizado de esta cuenta.

Tipo de tarjeta: * NO aceptamos AMEX o Care Credit.

VISA MasterCard Discover

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento del paciente:** _____

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta): _____

Número de tarjeta de crédito: _____ **Fecha de caducidad (mm/yy):** _____

Código postal (de la dirección de facturación del titular de la tarjeta): _____

Office use only

Witnessed by (employee's name): _____

Date: _____