

Formulario de Autorización de la Tarjeta de Crédito

Como usted sabe, el cuidado de la salud ha experimentado cambios dramáticos en los últimos años. Los planes de salud con deducible alto son ahora un pilar del panorama sanitario.. Esto significa que una mayor responsabilidad de el pago se está colocando en los pacientes. Necesitamos asegurarnos de que los saldos de los pacientes se paguen a tiempo. Si alguna vez se hospedó en un hotel, alquiló un automóvil o se suscribió a NetFlix, está familiarizado con el concepto de tener una tarjeta de crédito registrada. La información de su tarjeta de crédito se almacena de forma segura y encriptada y solo se accede a ella y se carga si hay un saldo pendiente.

En el momento de los servicios, solicitaremos la información de su tarjeta de crédito y su consentimiento para mantener su número de tarjeta de crédito en el archivo para cualquier copago o residual después del pago del seguro. Los números de su tarjeta de crédito se cifrarán y almacenarán de forma segura fuera del sitio. No se almacenarán números de tarjetas de crédito en nuestra práctica.

Con la tarjeta de crédito registrada, podrá:

- Pagar saldos y copagos convenientemente
- Realice pagos automáticamente con la tarjeta de crédito de su elección
- Evite escribir cheques para pagar facturas por correo
- Recibir notificaciones y recibos enviados por correo/mensaje de texto

Tenga en cuenta que todos sus derechos con respecto al uso de su tarjeta de crédito permanecerán vigentes. Esta póliza de ninguna manera le impedirá disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros.

Cuándo se cargará mi tarjeta?

Presentaremos su reclamación a su compañía de seguros médicos, si corresponde. Una vez que su compañía de seguros procese su reclamo, tendrá 30 días a partir de la recepción de su estado de cuenta para pagar el monto adeudado de la manera que desee. Si no paga el monto adeudado dentro de los 31 días, se cargará en su tarjeta de crédito el saldo pendiente de pago.

Le pedimos que rellene el formulario de autorización de tarjeta de crédito. Este acuerdo se aplicará a todos los miembros de su familia que estén bajo su cuenta. Una vez que hayamos introducido los datos de su tarjeta de crédito en el sistema encriptado de nuestra institución financiera, la información de la tarjeta de crédito será destruida. Nuestro personal solo podrá ver los últimos 4 dígitos. También puede entregar la información de su tarjeta de crédito por teléfono o por correo.

Consentir

Por la presente, autorizo que mi tarjeta de crédito designada se mantenga en archivo de manera segura y encriptada. El consultorio dental está autorizado a cargar hasta \$_____ (especifique el monto) en esta tarjeta por montos de copago o saldo residual después del pago del seguro.

Doy mi consentimiento para el uso de esta tarjeta por un período de un año, a partir de la fecha en que firmé este documento.

Firma

Nombre impreso

Fecha
