

James E. Haberman, M.D., F.A.C.S.

Excel Eyecare & Laser Surgery Center

Tarjeta de crédito en el contrato de presentación

PARA SU SEGURIDAD, nuestra práctica ha implementado una nueva política de tarjeta 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.

En el momento del check-in, se obtendrá la información de su tarjeta de crédito y se mantendrá de forma segura. Después de que los seguros procesen la visita, se enviará un estado de cuenta y, si el saldo no se paga dentro de los 10 días, se cargará la tarjeta de crédito registrada. Si hay discrepancias con el transportista, también se cargará la tarjeta de crédito.

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

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, AMEX (Círculo uno)**

NOMBRE (como aparece en la tarjeta de crédito) _____

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO. PROPORCIONE LA TARJETA AL RECEPCIONISTA PARA ESCANEAR LA INFORMACIÓN DE FORMA SEGURA EN NUESTRO SISTEMA _____

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

LA OFICINA NO MANTIENE INFORMACIÓN PERSONAL DE TARJETAS DE CRÉDITO. SE GUARDA DE FORMA SEGURA.

DIRECCION DE BILLING DE TARJETA DE CREDITO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA AUTORIZADA _____ FECHA: ____/____/____