

Estimados pacientes:

Hemos implementado una póliza que requiere mantener registrada una tarjeta de crédito en nuestros archivos, con efecto inmediato. Como sabrá, la situación actual del seguro de salud ha provocado que las pólizas de seguro transfieran cada vez más los costos del salud a usted, el asegurado. Algunos planes de seguro exigen deducibles y copagos por montos que ni usted ni nosotros conocemos en el momento de su visita.

Se le solicitará un número de tarjeta de crédito al registrarse; dicha información se almacenará de forma segura hasta que su(s) seguro(s) haya(n) pagado su parte y nos haya(n) notificado el monto que le corresponde abonar a usted, momento en el cual recibirá un estado de cuenta.

Se podrán realizar cargos a esta tarjeta por los siguientes motivos:

- Pagos de la visita no cobrados al inicio de la misma.
- Deducibles pendientes.
- Cargos no cubiertos por el seguro.
- Discrepancias con el seguro no resueltas dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio.
- Saldos pendientes con más de 90 días de antigüedad.

Actualmente utilizamos un servicio integrado en nuestro sistema de registros médicos electrónicos que nos permite procesar su tarjeta de crédito, débito o de cuenta de ahorros para la salud (HSA) y aceptar pagos en el consultorio al momento del servicio o en una fecha posterior. Podemos utilizarla para pagos futuros, incluso cuando su compañía de seguros rechace la reclamación. Le notificaremos el saldo pendiente tras recibir la explicación de su compañía de seguros. Dispondrá de 48 horas para plantear cualquier duda o inquietud; si no recibimos noticias tuyas dentro de ese plazo, realizaremos el cargo en su tarjeta de crédito, débito o de cuenta de ahorros para la salud (HSA). Nuestro departamento de facturación le enviará un comprobante de cualquier cargo realizado en su tarjeta.

Entiendo y acepto que este formulario es válido hasta que notifique por escrito, con 30 días de antelación, la cancelación de la autorización a Sameer Chopra MD PLLC, en la dirección: 18404 N Tatum Blvd Suite #207, Phoenix, AZ 85032.

Número de Teléfono: _____ **y/o Correo Electrónico:** _____

Al firmar a continuación, usted acepta mantener una tarjeta de crédito registrada para pagos futuros.

Nombre del Paciente: _____ **Firma:** _____

Parte Responsable: _____ **Firma:** _____

Relación con la Paciente: _____