

Autorización de Pago por Tarjeta de Crédito

En Bend Dermatology Clinic le permitimos usar una tarjeta de crédito registrada como una forma conveniente de pago para productos y servicios que no están cubiertos por su seguro de salud o la porción que usted nos debe después de que su plan de seguro de salud pague su parte del reclamo. Su información de tarjeta de crédito se mantendrá confidencial y segura en conformidad con los Estándares de Seguridad de Datos de la Industria de Tarjetas de Pago. Solamente cobraremos a su tarjeta de crédito para productos y servicios que no son cubiertos por su seguro de salud o hasta después que su seguro de salud nos haga un pago. Usted también puede limitar la cifra que podemos cargar a su tarjeta de crédito durante un ciclo de facturación. En tal evento, cargaremos a su tarjeta de crédito el monto máximo en cada ciclo de facturación hasta que todos los montos adeudados sean pagados en su totalidad. Los cargos se reflejaran en el extracto normal de su tarjeta de crédito. No recibirá una factura o extracto de nosotros por separado de los cargos a su tarjeta de crédito registrada con nosotros.

Firmando a continuación, usted le autoriza y solicita a Bend Dermatology Clinic que cargue su tarjeta de crédito por cualquier saldo adeudado como parte de su responsabilidad financiera. Esta autorización se refiere a los cargos no cubiertos por su compañía de seguros por productos y servicios proporcionados, incluyendo, entre otros, deducibles, co-pagos, procedimientos cosméticos y productos no cubiertos por el seguro y citas que se pierdan o no se cancelan a tiempo en conformidad con nuestra política de cancelación. Su tarjeta permanecerá almacenada de forma segura para uso futuro para hacer pagos de saldos adeudados por usted.

Usted acepta no disputar ninguno de los cargos realizados a su tarjeta de crédito por cualquiera de las razones mencionadas anteriormente. Adicionalmente, usted acepta no iniciar o perseguir una devolución de cargo o una revocación de pago después de que se haya cargado a su tarjeta de crédito por cualquiera de los motivos anteriores.

Esta autorización se mantendrá vigente hasta que usted la revoque por escrito, lo que puede hacer en cualquier momento.

Si la tarjeta de crédito que nos da hoy cambia, se vence o es negada por algún motivo, usted acuerda proporcionarnos de inmediato una tarjeta de crédito nueva y válida, la cual usted acepta que nosotros podemos ingresar por teléfono. A pesar de que no estamos pasando su tarjeta de crédito en persona, usted acuerda que la tarjeta nueva puede ser utilizada con la misma autorización de la tarjeta original que usted presenta en persona.

CARGO MAXIMO POR CICLO DE FACTURACIÓN: N/A \$ _____ MAXIMO

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA – NOMBRE: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO - TIPO:

VISA MASTERCARD DISCOVER AMEX OTRA: _____

NÚMERO DE LA TARJETA DE CRÉDITO: _____

CVV: _____

(POR FAVOR TENER LA TARJETA DISPONIBLE PARA LA RECEPCIONISTA)

FECHA DE EXPIRACIÓN: _____