

Core Primary Care, PLLC
2244 W Holcombe Boulevard
HOUSTON, TX, 77030-2008
713-636-2621

Autorización de Tarjeta en Archivo

Acepto permitir que Core Primary Care, PLLC (la "Clínica") cargue a mi tarjeta de crédito (el "Método de Pago") cualquier saldo pendiente del paciente (hasta el Monto Máximo de Cargo indicado a continuación), por todos los servicios proporcionados por la Clínica al(los) paciente(s) enumerado(s) en esta Autorización en o después de la Fecha de Vigencia y antes de la Fecha de Vencimiento. Reconozco que:

- Mi Método de Pago sólo se cargará por la responsabilidad restante del paciente no cubierta por el seguro de salud, después de que se haya aplicado el seguro correspondiente.
- Recibiré un recibo por cada pago que detalle el monto cargado.
- Mi Método de Pago se cargará por los servicios prestados al Paciente (indicado arriba) y a cualquier paciente(s) que, al momento de generarse el cargo, tenga(n) facturación y estados de cuenta combinados con el paciente mencionado (si esta funcionalidad ha sido habilitada por la clínica).
- Si los cargos elegibles exceden el Monto Máximo de Cargo, la Clínica me facturará directamente por cualquier monto restante que exceda el Monto Máximo de Cargo, y seré responsable de dicho saldo.
- La información de mi Método de Pago será almacenada de forma segura por la Clínica y/o los proveedores de servicios de confianza de la Clínica para facilitar el cobro de pagos.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento comunicándome con la Clínica. Si la cancelo, la Clínica me facturará directamente cualquier responsabilidad del paciente, y seré responsable de dichos montos.
- Si realizo cualquier cambio en esta Autorización de Tarjeta en Archivo (por ejemplo, comunicándome con la Clínica o mediante flujos de pago en línea provistos por athenahealth, Inc.), dichos cambios sustituirán los detalles incluidos en esta Autorización y la modificarán automáticamente.
- Toda la información que he proporcionado en relación con esta Autorización es verdadera y precisa. Certifico que soy un usuario autorizado del Método de Pago.
- Monto Máximo de Cargo: El monto máximo que podrá ser cargado a mi Método de Pago bajo esta Autorización es \$1,500.
- Fecha de Vigencia: Esta Autorización entra en vigor en la fecha en que se firme este Acuerdo.
- Fecha de Vencimiento: Esta Autorización vencerá cuando el Método de Pago proporcionado alcance su fecha de vencimiento, a menos que proporcione información de pago actualizada antes de dicha fecha.
- Esta Autorización seguirá siendo válida y aplicará a cualquier método de pago futuro que proporcione, a menos que la revoque por escrito. Si firmo una nueva versión de esta Autorización, reemplazará cualquier versión anterior pero continuará aplicándose a cualquier método de pago actualmente registrado, a menos que la revoque por escrito.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____