

BOSC SALUD MENTAL

Formulario de autorización de pago

Información de Cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Información de la tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta: Visa MasterCard Discover American Express

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta): _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de expiración: _____

CVV/código de seguridad de 3 dígitos: _____

Código postal: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a BOSC MENTAL HEALTH (en adelante, "la Práctica") a cargar en la tarjeta de crédito anterior los siguientes servicios:

1. Pago por los servicios psiquiátricos, que incluyen, entre otros, visitas al consultorio, citas de telesalud, consultas, evaluaciones y cualquier otro cargo aplicable según lo acordado por la práctica y por mí.
2. Pago de cualquier balance pendiente o copagos no cubiertos por mi seguro u otras formas de pago.
3. Cualquier cargo futuro por los servicios que reciba durante el curso de mi tratamiento.

Entiendo y acepto las siguientes condiciones:

1. **Autorización continua:** esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique a la práctica por escrito para revocarla. Entiendo que soy responsable de actualizar la información de mi tarjeta con la Clínica si se produce algún cambio (por ejemplo, fecha de vencimiento, número de cuenta, dirección de facturación).
2. **Aviso de cambios:** Acepto notificar a la práctica de inmediato si la información de mi tarjeta de crédito cambia o deja de ser válida, y entiendo que si la práctica no puede procesar el pago debido a información no válida o desactualizada, puedo estar sujeto a la cancelación de citas u otras sanciones.
3. **Procesamiento de pagos:** Reconozco que se cargarán automáticamente a mi tarjeta de crédito los servicios proporcionados por la Clínica y acepto pagar cualquier monto adeudado de acuerdo con los términos descritos en las políticas de facturación de la Clínica.
4. **Privacidad y seguridad:** Entiendo que la práctica toma precauciones razonables para garantizar la seguridad de la información de mi tarjeta de crédito y cumple con todas las leyes aplicables en materia de protección de datos.

Firma del cliente

Al firmar a continuación, reconozco y acepto los términos y condiciones descritos en este Formulario de autorización de tarjeta de crédito. También confirmo que la información que he proporcionado es exacta.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Relación al Cliente (si corresponde): _____

Uso exclusivo de la practica

Procesado por: _____

Fecha: _____

Conserve una copia de este formulario para sus registros.