

Acuerdo de Plan de Pago

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Saldo de la cuenta _____

Nuestra oficina lo ha contactado varias veces por correo y teléfono. Si no recibió ninguna correspondencia, actualice su información de contacto con la recepción de inmediato.

OPCIONES:

- Pagar el saldo en su totalidad
- Pague el 50% del saldo inmediatamente y deje la tarjeta de crédito archivada para ser cargada mensualmente. Mínimo de \$ 50 / mes requerido

Total a pagar hoy: _____ (50% del saldo)+ _____ (copago)= _____

Estoy de acuerdo en autorizar a Texas Diabetes & Endocrinology, PA a cargar mi tarjeta de crédito mensualmente en el día y la cantidad que se indica a continuación hasta que el saldo se pague por completo.

Número de tarjeta de crédito

Fecha de caducidad

Código de seguridad

Dirección de facturación de tarjeta de crédito

Código postal

Cantidad de pago mensual

Día del mes a ser cargado (no puede ser 29, 30 o 31)

Firma

Imprimir Nombre

Firma del testigo (solo personal de la oficina)

Nombre del testigo impreso (solo personal de la oficina)

Fecha

Si el pago es rechazado, haremos 3 intentos para contactarlo. Si no podemos comunicarnos con usted, su cuenta se transferirá a una agencia de cobranza y usted recibirá una baja formal de nuestra oficina.