



AUTORIZACIÓN PARA CONSERVAR LA INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

El proceso de pago preautorizado de California Skin Institute es un método conveniente de pago en el que usted ha autorizado a California Skin Institute para facturar automáticamente a su cuenta los copagos, los montos del coaseguro, los deducibles y los cargos no cubiertos de otro modo por su seguro. Las tarjetas de crédito se escanean una vez para capturar los datos que serán encriptados y almacenados por una compañía de servicios mercantiles asegurada y acreditada por PCI a nivel federal. Después de cada consulta, el personal solo podrá ver los últimos 4 dígitos de su tarjeta archivada, y verificará si el monto de la tarjeta de crédito está activo y al día. Los cargos aplicados a su tarjeta de crédito ocurrirán después de que la parte del seguro de la reclamación haya sido pagada y registrada en su cuenta de California Skin Institute.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta

Número de teléfono del titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ solicito y autorizo a California Skin Institute para conservar la información de la tarjeta de crédito (número de la tarjeta de crédito, fecha de vencimiento, código de seguridad y dirección de facturación de la tarjeta de crédito) para el uso específico de los pagos correspondientes a los servicios médicos prestados por los proveedores y profesionales de la salud de California Skin Institute. Los cargos a mi tarjeta de crédito se procesarán para pagar el saldo deudor de mi cuenta de California Skin Institute correspondiente a los servicios prestados o se utilizarán para procesar los pagos recurrentes establecidos con un plan de pago. Para cancelar, debo notificar por escrito a California Skin Institute y la cuenta debe estar al día.

Autorizo a California Skin Institute para cobrar la parte de mi factura que sea mi responsabilidad económica.

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A SER LLENADO POR EL PERSONAL DE  
CALIFORNIA SKIN INSTITUTE

Por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_