

Genesis Therapy Center

6006 W. 159th Street, Bldg. C

Oak Forest, IL 60452

708-535-7320

POLÍTICA DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Gracias por proveernos de su información de Seguro o Aseguranza. Los reclamos por sus servicios serán procesados de manera rápida y se aplicarán pagos por los servicios recibidos el día de hoy. Puede que haya notado que el mercado del cuidado de salud cambia, y ha creado un aumento en la responsabilidad financiera hacia el paciente. Esto ha dado como resultado que los pacientes presenten saldos pendientes, tengan altos deducibles, servicios sin cobertura, o un aumento en sus co-pagos y co-aseguranzas. Por esta razón, nosotros, al igual que otras prácticas, hemos adoptado nuevas políticas financieras que puedan proveer un resolución más eficiente y conveniente a los saldos pendientes de nuestros pacientes.

Como una ventaja para nuestros pacientes, les pedimos que nos provean de información sobre su tarjeta de crédito. Esta información será guardada en un expediente seguro y confidencial, Estamos comprometidos a seguir las reglas y lineamientos estrictos establecidos por HIPAA para asegurar que su privacidad está siendo protegida, y mantenemos altos estándares para salvaguardar la información de su tarjeta de crédito tal y como lo requieren los Estándares de Seguridad de Datos de Pagos con Tarjeta (PCI DSS). Este conveniente protocolo, le ayudará pagar por porciones los servicios que no son cubiertos por su aseguranza o plan de seguros, de una manera fácil y segura. En caso de que se generaran cargos dobles, se aplicarán las devoluciones automáticamente. Los cargos por sus visitas serán sometidos a su compañía de seguros, y si hay un balance o saldo que debe de ser cubierto por el paciente, se le notificará vía e-mail o teléfono para poder hacer la transacción con su tarjeta de crédito.

Por favor complete lo siguiente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de quien está la cuenta (si es diferente al paciente): _____

___ Yo, autorizo a The Genesis Therapy Center para mantener mi tarjeta de crédito en mi expediente, bajo el entendimiento que se efectuarán cargos por la cantidad que el seguro o aseguranza no cubra. La tarjeta de crédito será utilizada como conveniencia para pagar por saldos pendientes, según sea determinado por mu compañía de seguros. Los cargos menores a \$200 serán procesados automáticamente. Las cuentas de pacientes superiores a \$200 requerirán de una autorización verbal.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO: Tipo de Tarjeta de Crédito: ___ VISA ___ MasterCard

Tarjeta # _____ Fecha de Exp. _____ Código CSV _____

Nombre como aparece en la Tarjeta _____

Dirección de Facturación _____

_____ Código Postal (ZIP) _____

de teléfono de contacto _____ E-mail _____

POR FAVOR NOTAR: Si la información de su tarjeta de crédito no se encuentra en el expediente, se aplicará un cargo de facturación de \$5.00 a su cuenta cada vez que se le envíe un estado de cuenta a usted.