

## Acuerdo de Tarjeta Guardada

Monto máximo de cargo en un año: \$1,500.00

Esto no es un recibo. Este es un acuerdo para pagar los servicios una vez que se haya determinado la responsabilidad del paciente. Los términos de este acuerdo se describen a continuación.

### TÉRMINOS DEL ACUERDO

Fecha efectiva:

Fecha de caducidad:

Acepto permitir que la práctica cargue en mi tarjeta de crédito durante el período de vigencia el saldo adeudado, según lo determine la decisión final adjudicación de todas las reclamaciones incluidas en este contrato. Acepto el monto de adjudicación final según lo definido por mi seguro compañía, con las excepciones que se indican a continuación. Acepto estos cargos bajo las siguientes condiciones:

- Los cargos se realizarán el recibir, o dentro de unos días la explicación final de beneficios de mi compañía de seguros
- El monto cargado a mi tarjeta no excederá el monto máximo en dólares acordado
- Mi tarjeta de crédito será almacenada por Elavon Inc., un procesador seguro de tarjetas de crédito afiliado a U.S. Bank que está asociado con el práctica para cobrar pagos
- Recibiré una factura de la práctica por cualquier saldo superior al dólar máximo del que soy responsable
- Recibiré un recibo por cualquier monto cargado a mi tarjeta una vez ejecutada la transacción

Acepto

Renuncio

Fecha de visita:

Importe máximo de carga: \$1,500

Fecha efectiva: 01/31/23

Fecha de caducidad: 01/31/24

Acepto permitir que Allied Digestive Health cargue en mi tarjeta de crédito cualquier monto no cubierto por el seguro (hasta el monto máximo de cargo), por todos los servicios brindados por Allied Digestive Health a los pacientes en o después de la fecha de vigencia y antes la fecha de expiración. Yo reconozco que:

- Se cargará a mi tarjeta de crédito al revisar el vencimiento final de los beneficios de cada compañía de seguros correspondiente por los servicios prestados mientras este acuerdo esté vigente
- Una vez que se haya cargado un total de \$1,500.00 a mi tarjeta de crédito según este acuerdo, Allied Digestive Health me facturará directamente cualquier monto que no esté cubierto por el seguro
- Mi tarjeta de crédito será almacenada por Elevon, Inc., un procesador seguro de tarjetas de crédito afiliado a U.S. Bank que se asocia con Allied Digestive Health para cobrar los pagos
- Recibiré recibos que detallen el monto cobrado
- Puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento comunicándome con Allied Digestive Health; cualquier monto impago relacionado con los servicios prestados mientras este acuerdo esté vigente y que no esté cubierto por el seguro se me facturará directamente a mí

---

Signature of Patient or Guardian

---

Today's Date

---

Printed name of Patient or Guardian