

ORTHOBANC, LLC
RECURRING PAYMENT PLAN

Ortodoncista Dr. Michael D. Collins

Cuenta # _____

Nombre del responsable:	Nombre del paciente:
Dirección del responsable:	Número del seguro social del responsable:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Correo electrónico:
Número del teléfono:	Número de teléfono de trabajo:
Celular #:	Celular #:

Suma del giro total (Saldo que queda)	Suma del pago mensual	Suma del pago final	Número total de los giros mensuales	La fecha en que el giro empieza		
				Mes	Día	Año
					5 12 19 26	

Por favor seleccione las cuentas primarias y secundarias que OrthoBanc va a debitar:

Cuenta primaria	Cuenta secundaria
<input type="checkbox"/> Cuenta de cheque * <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros Nombre(s) como aparece(n) en su cuenta _____ # de la cuenta bancaria _____ # de ruta _____	<input type="checkbox"/> Cuenta de cheque * <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros Nombre(s) como aparece(n) en su cuenta _____ # de la cuenta bancaria _____ # de ruta _____
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito * Tipo de tarjeta _____ # de la tarjeta de crédito _____ Fecha de expiración _____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito * Tipo de tarjeta _____ # de la tarjeta de crédito _____ Fecha de expiración _____

ORTHOBANC, LLC EFT AUTORIZACION

Yo por la presente autorizo a **OrthoBanc**, LLC (de ahora en adelante llamado "OrthoBanc" en este documento), a favor del ortodoncista, a sacar pagos de la cuenta o las cuentas indicadas arriba (de la que soy un firmante autorizado) por medio de la transferencia electrónica de fondos (EFT). Entiendo que comenzando con la fecha registrada arriba, **OrthoBanc** comenzará a retirar fondos de mi cuenta bancaria o de mi cuenta de tarjeta de crédito por medio de giros bancarios. Semejantes giros seguirán cada mes hasta que el saldo entero, proveído por el ortodoncista, sea pagado completamente. Entiendo que **OrthoBanc** está sacando fondos de mi cuenta para pagar al ortodoncista por servicios profesionales prestados y que el nombre **OrthoBanc** pueda aparecer o aparecerá en mi estado de cuenta mensual. Entiendo que mi pago final puede ser un poco más o menos que la Suma del pago mensual registrado arriba, pero no excederá el saldo de la cuenta. Reconozco que si el ortodoncista necesita reducir la suma del débito, el ortodoncista puede notificar a **OrthoBanc** para reducir la suma del pago mensual sin notificarme.

También acepto que si a **OrthoBanc** se le comunica que los fondos no están disponibles en mi cuenta de banco (o sea, si no hay fondos suficientes, si la cuenta se cierra, etc) o que un cobro por mi tarjeta está rechazado, un cobro de \$25 será añadido por **OrthoBanc**. Acepto que si los fondos no están disponibles en la cuenta que elijo para ser la primaria, **OrthoBanc** puede intentar conseguir fondos de mi cuenta secundaria. Si no se provee una cuenta secundaria, **OrthoBanc** puede intentar de nuevo conseguir el pago con mi cuenta primaria. Entiendo que si elijo dejar de pagar con este método de pago, tendré que notificar a **OrthoBanc** un mínimo de 7 días antes de la fecha indicada para un pago.

Firma: _____

Fecha: _____

Solamente por el uso del Provider:	
OID/PID Number: of00001223/op00001237	Patient OrthoBanc Ref No:

2835 Northpoint Blvd, Hixson, TN 37343
P: 800-636-6600, Opcion 1 F: (888) 758-0586
www.orthobanc.com

RPP - Fecha de revisión abr - 16