
Granbury Oral and Facial Surgery

707 Paluxy Rd. Granbury, Tx, 76048

Dr. Eduardo Humes

(817) 579-2675

Credit Card On File Agreement

Granbury Oral and Facial Surgery has implemented a new credit card policy. Like many other practices and medical offices, we have adopted a similar policy to better serve our patients. We kindly require all patients, or the patient's guardian/guarantor, to keep a credit card on file. This card will be used later to pay any balance that may be due on your bill. Co-pays are still due at the time of service.

Credit card information is now required at the time of scheduling. Your card information will be kept securely until your insurance has paid their portion and notifies us of any remaining balance, if applicable.

The information will remain stored securely until insurance processing is complete. Once your insurance has paid its portion and informs us of any additional amount owed by the patient, we will notify you. Your remaining balance will be charged to your credit card five (5) days after the date of notice. You may call our office at any time if you have a question about your balance. A receipt will be sent to you for any charge applied to your card. This "Card-on-File" program simplifies payment, reduces paperwork, and helps lower overall healthcare costs.

No-Show Policy:

A \$50.00 no-call/no-show fee will be charged to the card on file if you fail to attend a scheduled appointment without contacting us within 72 hours prior to the appointment. This helps ensure appointment availability for all patients and respects the time set aside for your care.

If you have any questions about the card-on-file policy, please do not hesitate to let us know.

By signing below, I authorize Granbury Oral and Facial Surgery to keep my signature and credit card information securely on file in my account. I authorize Granbury Oral and Facial Surgery to charge my credit card for any remaining balances when due, as well as the \$50.00 no-call/no-show fee if applicable.

Credit Card Holder's Signature: _____ Date: _____

_____ **Please check here if you prefer not to receive a statement and would like us to bill your credit card immediately for any balances due after the processing of your insurance.**

Credit Card Information

VISA __ MASTERCARD __ DISCOVER __ AMERICAN EXPRESS __

Name on Card (Print): _____

Cardholder Relationship to Patient: _____

Credit Card Number: _____ Exp. Date: __/__/__

Please fill out information below for any person(s) you authorize this credit card for:

Patient Full Name (Print): _____ DOB: __/__/__

Patient Full Name (Print): _____ DOB: __/__/__

Granbury Oral and Facial Surgery

707 Paluxy Rd. Granbury, Tx, 76048

Dr. Eduardo Humes

(817) 579-2675

Acuerdo de Tarjeta de Crédito en Archivo

Granbury Oral and Facial Surgery ha implementado una nueva política de tarjeta de crédito. Al igual que muchas otras prácticas y oficinas médicas, hemos adoptado una política similar para servir mejor a nuestros pacientes. Requerimos amablemente que todos los pacientes, o el tutor/garante del paciente, mantengan una tarjeta de crédito archivada. Esta tarjeta se utilizará posteriormente para pagar cualquier saldo pendiente en su cuenta. Los copagos aún se deben pagar al momento del servicio.

La información de la tarjeta de crédito ahora es requerida al momento de programar su cita. Su información se mantendrá de manera segura hasta que su seguro haya pagado su parte y nos notifique cualquier saldo restante, si aplica.

La información permanecerá almacenada de forma segura hasta que el procesamiento del seguro esté completo. Una vez que su seguro haya pagado su parte y nos informe cualquier monto adicional adeudado por el paciente, le notificaremos. Su saldo restante será cargado a su tarjeta de crédito cinco (5) días después de la fecha de notificación. Puede llamar a nuestra oficina en cualquier momento si tiene preguntas sobre su balance. Se le enviará un recibo por cualquier cargo aplicado a su tarjeta. Este programa de "Tarjeta en Archivo" simplifica el pago, reduce el papeleo y ayuda a disminuir los costos generales de atención médica.

Política de Ausencias ("No-Show"):

Se aplicará un cargo de \$50.00 a la tarjeta en archivo si usted no asiste a una cita programada sin comunicarse con nosotros dentro de las 72 horas previas a la cita. Esto ayuda a garantizar la disponibilidad de citas para todos los pacientes y respeta el tiempo reservado para su atención.

Si tiene alguna pregunta sobre la política de tarjeta en archivo, no dude en hacérselo saber.

Al firmar a continuación, autorizo a Granbury Oral and Facial Surgery a mantener mi firma e información de tarjeta de crédito de manera segura en mi cuenta. También autorizo a Granbury Oral and Facial Surgery a cargar a mi tarjeta de crédito cualquier saldo restante cuando corresponda, así como la tarifa de \$50.00 por ausencia sin aviso, si aplica.

Firma del Titular de la Tarjeta de Crédito: _____

Fecha: _____

____ Marque aquí si prefiere no recibir un estado de cuenta y desea que carguemos a su tarjeta de crédito cualquier saldo pendiente inmediatamente después del procesamiento de su seguro.

VISA __ MASTERCARD __ DISCOVER __ AMERICAN EXPRESS __

Nombre en la Tarjeta (Imprimir): _____

Relación del Titular con el Paciente: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de Exp.: __/__/__

Por favor complete la información a continuación para cualquier persona a la que autorice el uso de esta tarjeta de crédito:

Nombre Completo del Paciente (Imprimir): _____ F. Nac.: __/__/__

Nombre Completo del Paciente (Imprimir): _____ F. Nac.: __/__/__