



AUTHORIZATION TO BILL CREDIT CARD ON FILE

Nombre del paciente: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Los ultimos cuatro digitos del numero de tarjeta: _____

Al firmar este formulario, autorizo a LifeStance Health a cargar a la tarjeta de credito/debito proporcionada (la "Tarjeta") por todos los saldos de balances pendientes, incluidos y no limitado a, los montos de copago y coaseguro, los montos del plan de cargos por auto pago, los cargos por no presentarse/cancelacion, otros cargos administrativos y cualquier saldo restante despues del reembolso del seguro relacionados con los servicios prestados al paciente. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que la informacion de la Tarjeta registrada este actualizada en el momento del servicio, segun sea necesario, y que, si se rechaza el pago, LifeStance Health puede negarse a proporcionar nuevos servicios hasta que se reciba al pago. Certifico que soy un firmante autorizado para la Tarjeta contodos derechos necesarios para autorizar los cargos.

Fecha: _____

Firma: _____