

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center •
Wilson Community Health Center

Acuerdo de Plan de Pago Mensual

_____ Carolina Family Dental Center 252-443-7764

_____ Freedom Hill Community Health Center 252-641-0514

_____ Harvest Family Health Center 252-443-7744

_____ Wilson Community Health Center 252-243-9800

Fecha de Vigencia: _____

Número de Historia Clínica del Paciente (MRN): _____

Saldo Pendiente: \$ _____

Pago Mensual: \$ _____

Tarjeta de Crédito/Débito#: _____ EXP: _____ CVV#: _____

ACH: Institución Bancaria: _____ # de Ruta: _____ # de Cuenta: _____

Acepto pagar a Carolina Family Health Centers, Inc. (CFHC) en cuotas mensuales hasta que el saldo de mi cuenta sea saldado por completo. Entiendo que el plan de pago será modificado para reflejar cargos adicionales incurridos por futuras visitas a CFHC durante el ciclo del plan de pago.

Autorizo a CFHC a acceder a mi información financiera con el único propósito de procesar los pagos recurrentes descritos en este acuerdo.

Entiendo que si no realizo mis pagos mensuales según lo establecido en este acuerdo, estaré sujeto(a) a los procesos de cobro de CFHC.

Firma del Paciente o Garante

Fecha

Firma del Personal (Staff Signature)

Fecha (Date)

Pautas del Plan de Pago

<i>Saldo de Paciente</i>	<i>Pago Mínimo</i>
\$50 - \$199	\$20
\$200 - \$299	\$25
\$300 - \$399	\$35
\$400 - \$499	\$40
\$500 o más	\$50