



**AUTHORIZATION TO BILL CREDIT CARD ON FILE**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Los últimos cuatro dígitos del número de tarjeta:** \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo a LifeStance Health a cargar a la tarjeta de crédito/débito 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/cancelación, otros cargos administrativos y cualquier saldo restante después del reembolso del seguro relacionados con los servicios prestados al paciente. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que la información de la Tarjeta registrada este actualizada en el momento del servicio, según 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 con todos los derechos necesarios para autorizar los cargos.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_