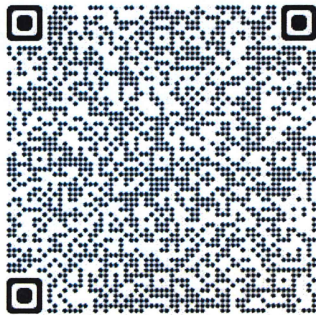


1

VAYA A NUESTRO SITIO WEB:
ACCESSTOHEALTHCARE.ORG

0

ESCANEAR CÓDIGO QR



2

HAGA CLIC EN PAGAR LA CUOTA DE
MEMBRESÍA

PAGAR LA CUOTA DE MEMBRESÍA



3

HAGA CLIC EN PAGAR CUOTA DE
MEMBRESÍA NUEVAMENTE PARA
PROCEDER AL PORTAL DE PAGO.

Para pagar su cuota de membresía

PAGAR LA CUOTA DE MEMBRESÍA



4

INGRESE LA CANTIDAD DEBIDA POR TODO EL
HOGAR

Ingrese su NÚMERO DE CUENTA en el campo ID de cliente. Para donaciones, utilice "DONAR" como ID de cliente.

información del pedido

* Campos requeridos

Artículo	Descripción	Cantidad
PAGO	PAGAR LA CUOTA DE MEMBRESÍA	00.00


Total: 0,00 dólares estadounidenses

Comerciante verificado de Authorize.Net

Continuar

5

INGRESE LA INFORMACIÓN DE SU TARJETA Y
CUENTA


 Número de tarjeta: (ingrese el número sin espacios ni guiones)
 Fecha de caducidad: (mm/aa)
 Código de tarjeta: ¿Qué es esto?

Información de facturación

Identificación del cliente:
 Nombre de pila: Apellido:
 DIRECCIÓN:
 Ciudad:
 Provincia del estado: Código Postal/Código Postal:
 Correo electrónico:
 Teléfono:

Código de seguridad



Por favor ingrese el código de seguridad arriba.

gVYvS

No puedo leer el código, proporcionar uno nuevo.



Pagar ahora

Identificación del
cliente:

SU IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE ESTÁ
ATRAS DE SU TARJETA DE
MEMBRESÍA O EN SU FACTURA

VOLTEA LA PÁGINA
PARA VER UN EJEMPLO



EJEMPLO DE TARJETA DE MEMBRESÍA

Primary Care Fees

Initial Visit: \$70

Follow-Up: \$50

In-Office Procedures: 50% of Medicare

Specialty Care Fees

Initial Visit: \$150

Follow-Up: \$75

In-Office Procedures: 50% of Medicare

Urgent Care Fee

Visit: \$85

Hospital Fees

In-Patient: \$500 Per

Day/\$5,000 Max

ER: \$400 Per Visit

AHN Membership Billing Account # **0123456**

Renown South Meadows and Northern Nevada Medical Center are NOT contracted providers.

EJEMPLO DE FACTURA DE MEMBRESÍA

Access to Healthcare Network Invoice

ACCOUNT# [REDACTED]

INVOICE DATE 05/01/2024

ITEM NAME	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE
[REDACTED]	Access Medical Tier 1 MONTHLY Adult	1	\$40.00
Please Note: This invoice does not reflect pre-payments and/or credits.			Total Due \$40.00

Payments are due on the first of the month with a grace period of 15 days after the first. If you do not pay your membership by the 16th, your account will be reactivated your account, you will be subject to a reactivation fee in addition to your membership fee. The reactivation fee is: \$15.00 per adult and \$5.00 per

sembresía se devén el primero de cada mes con un plazo de 15 días para hacer su pago. Si no paga su membresía antes del día 16, su cuenta será a reactivar su cuenta, estará sujeto a una tarifa de reactivación más su tarifa de membresía. La tarifa de reactivación es: \$15.00 por adulto y \$5.00 por menor refer your friends! You are eligible to receive a \$15 credit for each household that successfully enrolls in one of our programs. They simply need to name you as

refer a un amigo! Usted será elegible para recibir \$15 de crédito por cada familia que refiera y se inscriba al programa. La persona que usted refiera tiene que re there are no membership fee refunds. Tenga en cuenta que no hay reembolsos de pagos de membresía. Office hours Mon-Fri 8am to 4:45pm. Horario de la



Número de tarjeta : * (ingrese el número sin espacios ni guiones)

Fecha de caducidad : * (mmaa)

Código de tarjeta : * ¿Qué es esto?



Información de facturación

Identificación del cliente : *

Nombre de pila : * Apellido : *

DIRECCIÓN : *

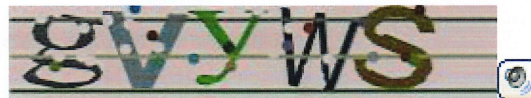
Ciudad :

Provincia del estado : Código Postal/Código Postal :

Correo electrónico :

Teléfono : *

Código de seguridad



Por favor ingrese el código de seguridad arriba.

[No puedo leer el código, proporcione uno nuevo.](#)