

APLICACIÓN PARA PLAN DE DESCUENTO MÉDICO CALIFORNIA

ESTA PLANILLA ES SOLO PARA PACIENTES QUE DESEEN INSCRIBIRSE EN CHIROHEALTHUSA
Usted debe leer los terminos importantes y firmar en la parte posterior de esta planilla

Fecha:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre de los Dependientes
(Espos(a), Compañero(a) Domestico(a), Niños Dependientes hasta la edad de 26, Padres en el mismo hogar mayores de 60 años, y cualquier otro dependiente bajo la definicion del IRS)

Dirección del Paciente:

Ciudad:

Estado: Zip:

Teléfono:

Email:

Entiendo que los correos electrónicos son metodos de comunicación inseguros, y autorizo a ChiroHealthUSA a comunicarse conmigo a través de correo electrónico. Usted puede optar cancelar estas comunicaciones en cualquier momento.
(Su información no será compartida, vendida o distribuída con terceros.) Si No

FOR CLINIC USE ONLY

City:

Date entered in Online Membership Link:

By:

ChiroHealthUSA
1307 Airport Rd. N, Suite 1A, Flowood, MS 39232
1-888-719-9990

CHUSA PROCESSED

INFORMACIÓN DE PAGO

SI! Deseo inscribirme en ChiroHealthUSA y disfrutar de descuentos en tratamientos quiroprácticos por solo una membresía de \$49.00 AL AÑO.

La membresías pueden ser renovadas anualmente en las oficinas de su proveedor participante. El folleto del programa contiene una descripción de los beneficios a los que usted tiene acceso, son incorporados por referencia, y forman parte de este documento. **POR FAVOR LEA EL FOLLETO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.**

Cuentas HSA y FSA no son aceptables como pago de membresía.

 *la información concerniente a su cheque o tarjeta de crédito sera destruida una vez procesada.*

Cheque #:

Tarjeta de Crédito: Visa MC Amex Disc. Numero de Tarjeta:

Número de Seguridad (CVV2/CID): Fecha Exp.: Zip Code Tarjetahabiente:

Nombre en la Tarjeta: Firma:

DECLARACIONES

Este plan de descuentos médicos, de salud, o plan de prescripción médica NO es una póliza de seguro, una póliza de seguro médico, un plan de prescripción médica bajo Medicare, o un plan de salud calificado bajo la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act). Este plan (el plan) ofrece solamente descuentos en los servicios quiroprácticos ofrecidos por los proveedores que han aceptado participar en el plan. El rango de descuentos para servicios médicos o auxiliares ofrecidos bajo el plan variará dependiendo del tipo de proveedor y de los productos o servicios. El miembro esta obligado a pagar por todos los servicios y equipos quiroprácticos recibidos con descuentos bajo el plan. El administrador del plan es Access Plans USA, Inc., 5005 LBJ Freeway, Suite 1500, Dallas, TX 75244. Usted puede llamar al 1-888-719-9990 para obtener más información o visite www.chirohealthusa.com/special/california-residents para obtener una lista de proveedores. El costo del Plan se especifica en el acuerdo de membresía. El Plan incluye una disposición de cancelación de 45 días. Solo disponible en el Estado de California.

Signature:

ChiroHealthUSA
1307 Airport Rd. N, Suite 1A, Flowood, MS 39232
1-888-719-9990

**SPACE INTENTIONALLY
LEFT BLANK**