

APLICACIÓN PARA PLAN DE DESCUENTO MÉDICO

ESTA PLANILLA ES SOLO PARA PACIENTES QUE DESEEN INSCRIBIRSE EN CHIROHEALTHUSA O CHIROHEALTHUSA PLUS
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
(Esposo(a), Compañero(a) Doméstico(a), Niños Dependientes hasta la edad de 26, Padres en el mismo hogar mayores de 60 años, y cualquier otro dependiente bajo la definición 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 distribuida 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 PLUS por solo \$89.00 AL AÑO y disfrutar de descuentos en tratamientos quiroprácticos, dentales, farmacia, laboratorio e imágenes de diagnóstico! NOTA: No disponible en Alaska, California, Rhode Island, Vermont y Washington
- SI! Deseo inscribirme en ChiroHealthUSA y disfrutar de descuentos en tratamientos quiroprácticos por solo una membresía de \$49.00 AL AÑO.

Usted puede renovar su plan simplemente al continuar efectuando los pagos anuales de acuerdo a lo especificado en su plan. 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.



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 NO es una póliza de seguro de salud, un plan de Medicare para recetas médicas, o un plan de salud calificado bajo la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act). Este plan (el plan) ofrece solamente descuentos en ciertos servicios médicos, farmacéuticos, prescripciones o equipos médicos y suministros ofrecidos por proveedores que han aceptado participar en el plan. (ChiroHealthUSA solo provee descuentos en servicios quiroprácticos). 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 Plan no hace y prohíbe hacer pagos a los proveedores en nombre de los miembros por productos o servicios recibidos bajo el plan. El miembro esta obligado, y así lo requiere el plan, a pagar por todos los servicios y equipos recibidos bajo el plan, pero recibirá un descuento en ciertos servicios identificados como médicos, farmacéuticos, prescripciones o equipos médicos y suministros ofrecidos por proveedores. (ChiroHealthUSA solo provee descuentos en servicios quiroprácticos). La Organización Medica de Descuentos es Alliance HealthCard de la Florida, Inc., 5005 LBJ Freeway, Suite 1500, Dallas, TX 75244. Miembros de ChiroHealthUSA pueden llamar al 1-888-719-9990 para obtener más información o visitar www.chirohealthusa.com para obtener una lista de proveedores. Miembros de ChiroHealthUSA Plus pueden llamar al 1-800-220-7752 para obtener más información o visitar www.chirohealthusaplus.com para obtener una lista de proveedores. El Plan facilitará antes de la compra, previa solicitud, una lista de los proveedores situados en la zona de servicio del miembro, así como sus direcciones y especialidades. Alliance HealthCard of Florida, Inc. no garantiza la calidad de los servicios o productos ofrecidos por los proveedores individuales. Los costos de los planes se especifican en los acuerdos de membresía. Usted tiene el derecho de cancelar su suscripción en cualquier momento. Si cancela su membresía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vigencia, usted recibirá un reembolso total de sus cuotas de afiliación a excepción de dinero pagado por usted a un proveedor. Para cancelar su plan ChiroHealthUSA debe, verbalmente o por escrito, notificar a ChiroHealthUSA al 1-888-719-9990, 1307 Airport Rd. N, Suite 1A, Flowood, MS 39232, o por email a info@chirohealthusa.com. Para cancelar su plan ChiroHealthUSAPlus es necesario hacerlo, verbalmente o por escrito, notificando a Alliance HealthCard of Florida, Inc. al 1-800-220-7752, 5005 LBJ Freeway, Suite 1500, Dallas, TX 75244, o por email a info-abs@member-questions.com. Cualquier queja debe ser dirigida a Alliance HealthCard of Florida, Inc. en la dirección o número de teléfono arriba indicado. Tras la recepción de la queja, el miembro recibirá la confirmación de recibo dentro de los 5 días hábiles siguientes. Después de la investigación de la queja, Alliance HealthCard of Florida, Inc. proporcionará miembro con los resultados y una propuesta de resolución a más tardar 30 días después de la recepción de la queja.

Nota para consumidores de DE, IL, LA, NE, NH, OH, RI, SD, TX y WV: Si aún no está satisfecho después de completar el proceso de queja, puede ponerse en contacto con su departamento estatal de seguros. Puede comunicarse con Alliance HealthCard of Florida, Inc. para obtener información de contacto del departamento de seguros correspondiente.

Nota para consumidores de MA: Este plan no es un seguro y no cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable bajo MGL c. 111M y 956 CMR 5.00.

Signature:

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

SPACE INTENTIONALLY
LEFT BLANK