

SOLICITUD DE PLAN MÉDICO CON DESCUENTO

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ENTREGADO A LOS PACIENTES A MENOS QUE ESTÉN INSCRIBIÉNDOSE EN CHIROHEALTHUSA.
Debe leer la información legal importante y firmar al reverso.

Fecha:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento del Titular

Primario de la Tarjeta:

Nombres de los Dependientes:

(Cónyuge, pareja de hecho, hijos dependientes hasta los 26 años, padres en el hogar mayores de 60 años y cualquier otro dependiente según el IRS)

Dirección del Paciente:

Ciudad:

Estado: Código Postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico de ChiroHealthUSA, entendiendo que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación.

Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

(La información de contacto no será compartida, vendida ni distribuida)

☐ Yes ☐ No

FOR CLINIC USE ONLY

Date entered in Online Membership Link:

By:

☐ ¡SÍ! Deseo ChiroHealthUSA por \$49.00 por UNA MEMBRESÍA DE UN AÑO.

No disponible en el estado de Washington. Puede renovar su acuerdo continuando con los pagos anuales según lo estipulado por su plan. El folleto de su programa contiene una descripción de los beneficios que recibirá y está incorporado por referencia como parte de este documento. LEA SU FOLLETO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO. No está permitido el uso de cuentas HSA ni FSA para el pago de cuotas de membresía.

DISCLOSURES

Este plan médico con descuento **NO** es un seguro, una póliza de seguro médico, ni un plan de salud calificado según la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El plan solo proporciona descuentos en servicios médicos y equipos ofrecidos por proveedores que han aceptado participar en el plan. El rango de descuentos varía dependiendo del tipo de proveedor y de los servicios o equipos médicos recibidos. El plan no realiza pagos a proveedores por servicios o equipos médicos recibidos bajo el plan. El miembro está obligado a pagar todos los servicios y equipos médicos con descuento recibidos, pero recibirá un descuento en ciertos servicios y equipos médicos identificados de proveedores participantes. El plan está sujeto a tarifas, requisitos y restricciones según el acuerdo de membresía e incluye una disposición de cancelación de 30 días. Nota para consumidores de MA: el plan no es cobertura de seguro y no cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable según M.G.L. c. 111M y 956 CMR 5.00. No está disponible para la venta en el estado de Washington. La Organización del Plan Médico con Descuento es Perfectly Protected Practice, Inc., 1307 Airport Rd. N, Suite 1A, Flowood, MS 39232, membership@chirohealthusa.com. Puedes llamar al 1-888-719-9990 para más información y solicitar una lista de proveedores participantes y sus ciudades, estados y especialidades en tu área de servicio. También puedes buscar proveedores en www.perfectlyprotectedpractice.com. Si cancelas dentro de los primeros 30 días después de la fecha de vigencia, tienes derecho a un reembolso de las tarifas de membresía pagadas. Si cancelas después de los primeros 30 días, eres elegible para un reembolso prorrateado. Si cancelamos tu membresía por cualquier motivo, excepto por falta de pago, también eres elegible para un reembolso prorrateado. Los reembolsos se emitirán dentro de los 30 días posteriores a la cancelación. Puedes cancelar contactándonos al 1-888-719-9990, a membership@chirohealthusa.com o a Perfectly Protected Practice, Inc., 1307 Airport Rd. N, Suite 1A, Flowood, MS 39232. Los miembros reciben al menos un 5% de descuento sobre las tarifas usuales y acostumbradas.

Firma:

 La información del cheque y la tarjeta de crédito será destruida una vez completada la transacción.

Check #:

Credit Card #: CVV Number: Exp. Date:

Billing Zip Code: Name on Card: