

AFILIACIÓN AL PLAN DE DESCUENTOS EN GASTOS MÉDICOS

AccessOne Consumer Health, Inc.



Miembro titular -	Primer nombre	Apellido	Segundo nombre	Año de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cónyuge -	Primer nombre	Apellido	Segundo nombre	Año de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Persona a cargo 1 -	Primer nombre	Apellido	Segundo nombre	Año de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Persona a cargo 2 -	Primer nombre	Apellido	Segundo nombre	Año de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio	Nº de depto.		Ciudad	Estado	Código postal
Nº de teléfono 1	Nº de teléfono 2		Dirección de correo electrónico		

Este programa incluye: descuentos en consultas clínicas, descuentos en odontología, descuentos en oftalmología, descuentos en kinesiología, descuentos en atención de problemas auditivos, descuentos en insumos médicos, descuentos en compras de farmacia minoristas y pedidos por correo.

EL COSTO TOTAL MENSUAL DEL PLAN ELEGIDO ES DE 

\$

Notas aclaratorias

- ▶ Este plan no constituye una póliza de seguro médico.
- ▶ Este plan permite acceder a descuentos ofrecidos por ciertos prestadores sobre los servicios médicos brindados.
- ▶ Este plan no efectúa pagos directos a los prestadores de servicios médicos.
- ▶ El miembro titular del plan está obligado a pagar todos los servicios, pero obtendrá el descuento ofrecido por los prestadores de servicios médicos que suscribieron un contrato con AccessOne.

Access One Consumer Health, Inc. tiene su sede en 84 Villa Road, Greenville, S.C. 29615. Teléfono: 800-896-1962 - sitio web: www.accessonedmpo.com.

Puede cancelar su afiliación durante los primeros 30 días posteriores a recibir la tarjeta de identificación, en cuyo caso se le reembolsarán las cuotas o aranceles pagados, menos los cargos por procesamiento. Después de los primeros treinta (30) días, puede cancelar su afiliación en cualquier momento. Para que no se cobre el ciclo de facturación siguiente, **Prime Care of Florida** debe recibir la notificación de la cancelación al menos cinco (5) días hábiles antes de dicho ciclo de facturación.

El cargo por afiliación que se cobra por única vez es de \$ _____. El costo mensual total por la participación de adultos en el programa de salud de Prime Care of Florida, que incluye servicios clínicos, medicamentos y el plan de descuento en atención médica es de \$ 59,95. El costo del plan de descuentos en atención médica exclusivamente es de \$ 25. El costo del plan de descuentos en medicamentos es de \$ 15. El costo de la membresía del plan de descuentos de Prime Care para familias es de \$ 19,95.

Condiciones de pago: Las cuotas de membresía anual que se pagan en forma anticipada tendrán un 10% de descuento. Los pagos de las cuotas mensuales **SÓLO** se pueden hacer mediante cargo mensual preautorizado con tarjeta de crédito, o débito bancario electrónico mensual preautorizado.

Ni el programa ni sus administradores asumen responsabilidad alguna por la prestación o garantía de los servicios, ni por la calidad de los servicios prestados.

Firma del miembro titular _____ **Fecha de solicitud** _____

ESTE PLAN NO ES UNA PÓLIZA NI UN PRODUCTO DE SEGUROS

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DEL MIEMBRO

Como miembro del programa de atención médica de **PRIME CARE OF FLORIDA** usted optó por participar de un plan de descuentos en gastos médicos provisto por AccessOne Consumer Health, Inc. A continuación se indican las condiciones de su membresía en el plan de descuentos en gastos médicos de AccessOne. El presente acuerdo se celebra entre usted y AccessOne.

El presente acuerdo de afiliación tiene vigencia a partir de la fecha indicada en su tarjeta de identificación y se mantendrá mensualmente hasta que usted notifique su decisión de cancelarla a AccessOne o al programa de atención médica de **Prime Care of Florida**.

El costo mensual por la participación en el programa es de: **\$ 59,95** para usted, **\$ 59,95** para su cónyuge, **\$59,95** por cada miembro adulto de la familia y **\$ 24,95** por cada niño que reúna los requisitos establecidos. Se cobra un cargo por afiliación de \$ 15.00 por única vez y por cada miembro.

NOTAS ACLARATORIAS:

- Este plan no es una póliza de seguros.
- Los descuentos son otorgados por ciertos prestadores para determinados servicios médicos.
- AccessOne no efectúa pagos directos a los prestadores de servicios médicos.
- Usted está obligado a pagar todos los servicios médicos, pero recibirá el descuento ofrecido por los prestadores que suscribieron el contrato con AccessOne.
- AccessOne tiene su sede en: 84 Villa Road, Greenville SC 29615, www.accessonedmpo.com.

Encontrará un listado de los prestadores participantes en el sitio www.primecarefc.net, o bien puede llamar al teléfono 877-554-5513. **Podrá solicitar los descuentos del plan a todos los prestadores de cada una de las redes participantes.**

Este plan prevé descuentos por los servicios enumerados y descritos en la Guía para miembros, que usted recibió y que forma parte por referencia del presente Acuerdo de Participación del Miembro. El prestador participante le facturará los servicios al momento de recibirlos, pero aplicándole los descuentos que correspondan. En ningún caso, AccessOne hará pagos por usted directamente al prestador.

Su participación en el plan se renovará todos los meses siempre que pague la cuota mensual, y se cancelará: (i) cuando deje de pagar la cuota mensual; o (ii) cuando nos notifique por escrito (servicio postal de los Estados Unidos, correo electrónico o fax) su decisión de cancelarla.

Usted tiene derecho a dar por terminada su participación en el programa en cualquier momento. Si lo hace dentro de los 30 días de recibida su tarjeta de identificación, se le reembolsarán todos los aranceles o cuotas que haya pagado para participar en este plan de descuentos de gastos médicos.

Si tiene alguna queja, visite el sitio www.primecarefc.net, llame al teléfono 877-554-5513 o bien escriba a **Prime Care of Florida** a la dirección: 4131 S.W. 6th. Street, Coral Gables, FL 33134. Atenderemos su queja y recibirá una respuesta de nuestra parte dentro de los 15 días de recibido el reclamo.

El presente contrato y sus endosos constituyen todos los acuerdos entre usted y AccessOne Consumer Health, Inc. y reemplaza cualquier otro convenio escrito, declaración o garantía previamente existentes entre usted y AccessOne.