

"Nos preocupamos" Programa de descuento médico

Personal Información del miembro de la tarjeta (por favor imprima):

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Varón hembra
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Celular: _____ Teléfono de la casa: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Plan de membresía (favor Seleccione uno):

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Individuales</u> | <input type="checkbox"/> Gold \$90 | <input type="checkbox"/> Platinum \$120 |
| <input type="checkbox"/> <u>Familia</u> | <input type="checkbox"/> Gold \$150 | <input type="checkbox"/> Platino \$180 |
| <input type="checkbox"/> <u>Corporativa</u> | <input type="checkbox"/> Gold TBD | <input type="checkbox"/> Platinum TBD |

Nota: La membresía familiar incluye un total de 4 miembros. Otros miembros de la familia pueden ser agregados por \$10 cada miembro. La membresía incluye 2 tarjetas. Habrá un cargo de \$5 para tarjetas adicionales o de reemplazo.

Miembros de la familia (por favor imprima):

Por favor incluya a estos miembros de la familia con mi membresía.
 Con excepción del cónyuge, los miembros adicionales de la familia deben tener menos de 18 años.
 Use un trozo de papel separado para enumerar otros miembros de la familia.

Apellido	Nombre de pila	Relación	Fecha de

Servicios incluidos:

Como a miembro de nuestro médica descuento Programa, que se recibir visitas de la oficina de atención urgente con un proveedor médico (NO se incluyeron pruebas, tratamientos o procedimientos adicionales) con un descuento del 25% al comprar el **Plan Gold** con un máximo de 12 visitas por año por persona. Con la compra de un **Plan Platinum**, que se recibir 25% de descuento en toda la visita (sin límite anual) incluyendo, pero no limitado a, visitas regulares de oficina con un proveedor médico, inyecciones, espirometría, tratamientos de nebulizadores, radiografías, electrocardiogramas, fluidos intravenosos, pruebas rápidas para estreptococos, embarazo, análisis de orina, glucosa en sangre, mono y RSV. También incluye procedimientos, tales como reparaciones de laceración.



976 Mountain City Hwy, Elko Nevada 89801
Phone: 775-777-7587 Fax: 775-738-9584

Divulgaciones:

- El programa de descuento médico "nos importa" es No un plan de seguro. Es un descuento Programa
- El programa de descuento médico "nos importa" está disponible para los pacientes que no tienen seguro o tienen un alto
Plan deducible
- Si usas "nos importa", ni tú ni A + Total Care puede presentar un reclamo con cualquier seguro existente
- Servicios No incluido: Cuidado de la familia visitas, Servicios de compensación ocupacional y de trabajadores, física, y cualquier prueba, laboratorio, y los procedimientos de la radiografía realizados por las instalaciones externas, incluyendo los laboratorios dibujados en a + total cuidan y se envían a un laboratorio exterior para la prueba
- Con el fin de utilizar el programa de descuento médico "nos importa", usted debe presentar su tarjeta, junto con la foto válida
identificación en el momento en que los servicios médicos se prestan
- A + Total El cuidado se reserva el derecho de remitir a los pacientes a la sala de emergencias si el proveedor médico siente que es
medicamento necesario (*los honorarios pagados por adelantado el día de la visita serán reembolsados*)
- Todas las membresías son válidas un año a partir de la fecha de inscripción. El pago se vence en el momento de la compra
- Las tarifas adicionales para miembros de la familia sólo son válidas si se compran en el momento en que se adquiere la membresía principal
- Beneficios hacen No aplicar en cualquier lugar que no sea A + Total Care en Elko, Nevada

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la información de la membresía, así como las divulgaciones

Nombre (Print): _____ Fecha: _____

Signature: _____

Autorización de pago (por favor imprima):

Visa Master Card American Express Descubre CASH Comprobar

Nombre de pila: _____ Apellidos: _____

Crédito Tarjeta Número: _____

Exp. Fecha: _____ código de 3 dígitos: _____

Codigo Postal: _____

*Autorizo e instruyo a + Total Care, LLC para cargar la cuenta de tarjeta de crédito seleccionada arriba.
Al firmar este formulario, I de acuerdo con los términos de la lista.*

Firma: _____ Fecha: _____