



ACUERDO DE PARTICIPACION DEL MIEMBRO

Preferred Chiropractic Doctor, Inc.
507 2nd Avenue South • Clanton, AL 35045
1(800) 239-3552 www.BeWell2.com • info@bewell2.com

Glad 2 know you'll
BE WELL 2!

(ESTA SECCION DEBE SER LLENADA POR EL PROVEEDOR PARTICIPANTE DE PCD O EL ASISTENTE QUIROPRACTICO)

PCD PROVIDER # PATIENT MEMBER ID # EFFECTIVE DATE

PROVIDER or CLINIC NAME

INFORMACION DEL PACIENTE:

LA INFORMACION Y FIRMA SON NECESARIAS PARA PROCESAR SU SOLICITUD.

Fecha de la solicitud ____ / ____ / ____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (Celular/trabajo) _____

Correo electrónico del paciente _____

(SU CORREO ELECTRONICO NO SERA COMPARTIDO. PCD UTILIZA LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO PARA CONFIRMAR PAGOS Y ENVIAR AVISOS CUANDO SU PLAN ESTA POR CADUCAR)

PARA MEMBRESIA FAMILIAR: Nombre del esposo/a _____

Nombre(s) de su Hijo/a _____

(EL PLAN INCLUYE SIN COSTO ADICIONAL, HIJOS DE HASTA 26 AÑOS DE EDAD QUE VIVAN EN LA MISMA RESIDENCIA- SI SON MAYORES, LLAMAR AL (800) 239-3552.)

Clausula de divulgación

- Este plan no es un seguro médico.
- El plan proporciona descuentos con ciertos proveedores para servicios médicos.
- El plan no realiza pagos directamente a los proveedores de servicios médicos.
- El portador del plan debe de pagar todos los servicios médicos pero recibirá un descuento con aquellos proveedores que se hayan inscrito al plan organizativo de descuento.

- El nombre y dirección de la organización de plan médico de descuento es: Preferred Chiropractic Doctor, Inc., 507 2nd Avenue South, Clanton, AL 35045; (800) 239-3552; www.BeWell2.com
- Participantes del plan reciben un descuento de al menos 25% en servicios de proveedores participantes. La lista de proveedores se encuentra en www.BeWell2.com o llamando al (800) 239-3552. Este plan no está disponible en los siguientes estados: Montana, Rhode Island y Washington.

AUTORIZACION DE PAGO:

LA TARIFA DE PCD ES UNA TARIFA ANUAL, QUE SE DEBE PAGAR AL MOMENTO DEL REGISTRO Y LE OTORGA EL DERECHO DE RECIBIR UN MINIMO DE POR LO MENOS 25% DE DESCUENTO CON CADA VISITA. LOS BENEFICIOS DE LA MEMBRESIA EMPIEZAN CUANDO SE PAGA LA TARIFA

SI! HE LEIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE LA MEMBRESIA COMO CONSTA EN LA PARTE TRASERA DE ESTE DOCUMENTO Y ESTOY DE ACUERDO EN ENVIAR UN PAGO DE ACUERDO A LAS OPCIONES SELECCIONADAS ABAJO

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Escoja su término de membresía y cantidad de pago:

1 Año por \$37 2 Años por \$69 3 Años por \$96

Efectivo Tarjeta de Crédito Cheque/ Money Order. (# _____)
(haga su cheque a nombre de PCD, INC.)

Tipo de tarjeta de crédito: VISA AmEx MC Discover

(TARJETAS FSA/HSA NO PUEDEN SER PROCESADAS PARA LAS TARIFAS DE PCD)

Nombre en la tarjeta _____

Número de tarjeta _____

Fecha de expiración _____ Número de seguridad de la tarjeta (código CVV) _____

Acuerdo de participación del miembro

1. Como miembro de PCD (Preferred Chiropractic Doctor, Inc), usted participa en una organización de descuento de plan médico (Plan) proporcionado por AccessOne Consumer Health, Inc. (ACH). Como se muestra en la parte inferior, estos son los términos de su membresía en el plan. Este acuerdo es entre usted y AccessOne.
2. La fecha de inicio de su inscripción consta en su tarjeta de identificación de miembro y durará por un año desde dicha fecha o hasta que AccessOne sea notificado de su cancelación.
3. El cobro anual por su participación en el plan es de \$37. El plan puede incluir a su esposo/a e hijos de hasta 26 años.
4. Este plan NO es un seguro médico: el plan proporciona descuentos con ciertos proveedores de servicios quiroprácticos. El plan no realiza pagos directo a los proveedores. El miembro del plan está obligado a pagar por todos los servicios pero recibirá descuentos de los proveedores que han establecido acuerdos con el plan de descuento. El nombre y la dirección de la organización es AccessOne Consumer Health, Inc., 84 Villa Rd., Greenville, SC 29615, www.AccessOneDMPO.com, (800) 896-1962.
5. Puede encontrar la lista de los proveedores participantes en la red en www.BeWell2.com, o puede llamar al (800) 239-3552. Podrá utilizar el plan de descuento con todos los proveedores participantes de esta red.
6. Los participantes reciben una reducción mínima de 25% en los servicios, los cuales incluyen ajustes, radiografías y terapias realizadas por los proveedores participantes.
7. A menos que exista un acuerdo entre usted y el proveedor, los descuentos se aplican cuando se haga el pago.
8. Los descuentos no se aplican en combinación con ninguna otra parte o entidad, o ningún programa de seguro médico estatal o federal Incluyendo "Workers' Compensation."
9. Este acuerdo del miembro (AO-SPAN-Appv19), Guía del miembro (PCDGuide-Span) y tarjeta de identificación de miembro (AO-PCDIDv19) representa el acuerdo total de miembro entre usted y AccessOne Consumer Health, Inc. Usted recibirá la factura del proveedor participante al momento del servicio, quien aplicará los descuentos necesarios a esa factura.
10. Su participación en el plan continuará anualmente previo pago de la tarifa anual y finalizará luego de (i) Falta de realización del pago anual; o (ii) notificación por escrito (USPS, correo electrónico o fax) si desea cancelar.
11. Cheques personales son aceptados. Si el cheque es rechazado por el banco por cualquier motivo, se le añadirá un cobro de \$15 en la cuenta del individuo. Luego de la devolución del cheque, el pagador será notificado e informado Tiene 10 días para realizar la restitución, incluyendo cargos relacionados. Se pondrán retenciones en la cuenta del individuo.
12. Puede cancelar su membresía en el plan dentro de los primeros 30 días posteriores a la fecha de inscripción y solicitar un reembolso completo de las cuotas de membresía pagadas. Después de 30 días, no se otorgarán reembolsos. En caso de que su proveedor abandone el plan PCD pero se mantenga en la práctica en o cerca de la ubicación actual, su proveedor continuará honrando su membresía PCD hasta la fecha de vencimiento de su plan. Sin embargo, si su proveedor deja de hacer negocios en su área, PCD puede proporcionarle el nombre del proveedor de PCD activo más cercano; o puede optar por usar el Localizador de médicos en el sitio web de PCD para seleccionar otro proveedor de PCD de su elección.
13. Para añadir a un dependiente(s), llame al número de teléfono del plan al (800) 239-3552.
14. Si tiene alguna queja sobre el plan, puede ir a www.AccessOneDMPO.com o llamar al (800) 896-1962. Puede también escribir a AccessOne Consumer Health, Inc., 84 Villa Rd., Greenville, SC 29615. La queja será estudiada, y usted recibirá una respuesta en 15 días.
15. Este acuerdo y la descripción de sus beneficios representa el acuerdo entero entre usted y AccessOne Consumer Health, Inc., y sustituye todas las representaciones previas, declaraciones o acuerdos por escrito entre usted y AccessOne. AccessOne Consumer Health, Inc no es responsable de proveer ni de garantizar servicios, ni es responsable por la calidad de los servicios recibidos.
16. Puede contactar a Preferred Chiropractic Doctor, Inc. Para información sobre cómo utilizar su tarjeta:

Preferred Chiropractic Doctor, Inc. (PCD)
507 2nd Avenue South, Clanton, AL 35045
Teléfono (800) 239-3552 • Fax (888) 755-9005
www.BeWell2.com • info@bewell2.com

Notificaciones individuales por estado:

RESIDENTES DE ARKANSAS

Puede cancelar su membresía del plan de descuento médico dentro de los primeros treinta (30) días de haber recibido su tarjeta de identificación y recibir un reembolso completo de todo el pago realizado.

completo de los pagos realizados exceptuando el pago único de tarifa de procesamiento.

RESIDENTES DE ILLINOIS

Si no está satisfecho con la resolución de su queja, puede contactarse con el departamento de seguros de Illinois.

RESIDENTES DE TENNESSEE
Puede cancelar su membresía del plan de descuento médico dentro de los primeros treinta (30) días de recibir su tarjeta de identificación para recibir el reembolso completo de los pagos realizados.

RESIDENTES DE INDIANA

Una lista de proveedores está disponible antes de la compra y previa solicitud que incluye el nombre, la ciudad, el estado y la especialidad de todos los proveedores del programa ubicados en el área de servicio potencial.

RESIDENTES DE TEXAS

ACCESSONE dejará de coleccionar el pago de la membresía en un periodo razonable, pero a más tardar en (30) días luego de recibir una nota válida de cancelación.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja, puede contactar al departamento de seguros de su estado.

RESIDENTES DE MARYLAND

"Si existen descuentos por servicios de hospital, estos, no son aplicables en Maryland."

RESIDENTES DE UTAH

Estos programas no se acogen al programa de "Utah Health Insurance Guarantee."

RESIDENTES DE NEBRASKA

Si ha cancelado en cualquier momento luego del periodo de treinta días, y ha prepagado la tarifa de su membresía, el prepago será reembolsado prorrateado en base a los meses que no ha utilizado.

RESIDENTES DE WEST VIRGINIA

Si después de recibir nuestra respuesta no está satisfecho con la resolución, puede escribir o llamar al "Insurance Commissioner."

RESIDENTES DE CAROLINA DEL SUR

Puede cancelar su membresía del plan de descuento médico dentro de los primeros treinta (30) días de recibir su tarjeta de identificación para recibir el reembolso

Este plan no está disponible en los siguientes estados : Montana , Rhode Island y Washington .