|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEMBRESÍA DE CONSUMIDORES DE ECS**  649 W.300 N. Brigham City, UT 84302435-237-8000 — sin cargo 833-327-3676  ecsplan@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE MIEMBRO**  Inscripción / renovación del plan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  |  |  | | | | | |
| Primer apellido | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Fecha de nacimiento | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | | | | |  | Ciudad | | | | | | | | | | | |  | S t | | | |  | Cremallera | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |
| Teléfono Principal | | | | | | | | | | | | |  | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| **Cuota de membresía del calendario adeudada en el momento de la inscripción (haga los cheques pagaderos a ECS LLC).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  | | | | | | | |
| ⃝ | | | | | | | | Membresía familiar ($ 15.00) (agregue los nombres de los miembros de la familia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Esposa | | |  | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | Niños | | |  | |  | | |  | ­­­­ | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
| **Declaro que me gustaría inscribirme en el programa ECS. He leído y entiendo los términos de este acuerdo de inscripción que se enumeran al dorso de este formulario. Entiendo que esta membresía no es un seguro médico, pero por contrato me permite acceder a una lista de tarifas con descuento para los servicios que recibo en esta oficina que es miembro del programa ECS.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  |  |  | | | | | |
| Nombre en letra de imprenta | | | | | | | | | | | | | | | |  | Firma | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | Fecha | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | | |  |  | | | | | | | | | |
|  |
| ***Este NO es un plan de seguro.*** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| **USO DE OFICINA ÚNICAMENTE** | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| Número de membresía del paciente | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| Cantidad pagada | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | Fecha | | |  | | | | | | | |  |  |  | | | |  |  | | | |
| Forma de pago | | | | | | | | | | | | | | | | Dinero en efectivo | | |  | | | | Tarjeta de crédito | | | | | | |  | |  | Cheque # | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | |  |  | | |  |

**TÉRMINOS Y BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA DE EFFICIENT CARE SOLUTIONS (ECS)**

ECS

La elegibilidad para los beneficios comienza cuando se pagan las cuotas de membresía. Esta tarifa se evalúa anualmente y la membresía es de enero a diciembre. Sin embargo, diciembre se considerará un período de gracia si se compra una membresía en diciembre, será válido para el siguiente año calendario (membresía de 13 meses). Las ofertas especiales pueden prolongar el período de gracia. Efficient Care Solutions es el nombre comercial de KDK Enterprises LLC, que es un plan médico de descuento legal y reconocido. La membresía familiar se define como su cónyuge o hijos que viven en su hogar o un estudiante dependiente de tiempo completo o cualquier otra persona dependiente legalmente definida que viva en el mismo hogar.

Su membresía en ECS es un acuerdo que le brinda acceso a un proveedor de atención médica participante que le permite legalmente ofrecerle servicios con descuento según lo establecido por la ley estatal. Este descuento a menudo puede ser un 25% o más de la tarifa establecida de la clínica. Ciertos procedimientos / elementos pueden excluirse si se enumeran específicamente en la lista de tarifas archivada por el proveedor con ECS. Este no es un plan de seguro de indemnización. ECS no reembolsa a su proveedor por el servicio y las tarifas pagadas. Además, no se puede utilizar como pago de deducibles o copagos del plan de seguro. Al usar ECS, declara que elige suspender el uso de cualquier seguro de atención médica en el que esté inscrito actualmente para su uso en esta oficina y comprende que no se facturarán cargos a su seguro médico mientras participe en el Plan médico de descuento de ECS. Puede elegir en cualquier momento suspender el uso de su membresía de ECS y comenzar a usar un tipo de plan de seguro tradicional (pero no ambos al mismo tiempo). Para hacer esto, debe declararlo por escrito en la oficina donde busca atención. Acepta permitir que ECS se comunique y comparta información básica con proveedores contratados por motivos relacionados con su membresía o registro. ECS cumplirá con todas las regulaciones de HIPAA con respecto a su información personal.

Este acuerdo quedará anulado y no se utilizará junto con un tercero pagador, reclamo por lesiones personales, reclamo de compensación al trabajador o arreglos externos entre usted y su proveedor. Su membresía será suspendida en caso de que se elija utilizar un tercero pagador de cualquier tipo. Puede optar por reactivar su membresía con ECS cuando vuelva a calificar (en un momento en que el tercero pagador ya no se utilice). La membresía no utilizada no será elegible para reembolsos prorrateados. El pago de los servicios se debe a su médico en el momento en que se prestan los servicios, a menos que su proveedor indique específicamente lo contrario. Su proveedor puede aplicar un cargo por servicio si el pago no se recibe en el momento acordado por usted y su proveedor.

Todas las tarifas pagadas a ECS son estrictamente no reembolsables después de 30 días de la inscripción, excepto según lo disponga la ley. Todos los reembolsos, incluido el estado de Maryland, incurrirán en un cargo por servicio ($ 5) por su procesamiento según la ley. Su membresía de ECS le da derecho a utilizar cualquier proveedor de ECS participante que se puede encontrar en[www.ecsplan.com](http://www.ecsplan.com)Debe presentar su tarjeta de identificación actual si se lo solicita un proveedor inscrito, o hacer que se verifique su membresía actual comunicándose con ECS para ser elegible para los descuentos de ECS. La tarifa de membresía es una tarifa anual y se cobrará en su primera visita en cada año calendario cuando reciba atención de un proveedor participante con ECS.

ECS no evalúa ni acredita a ningún proveedor o entorno clínico asociado. ECS no es responsable de ningún tratamiento prestado o resultado de la atención. Se entiende que ECS es una forma legal de acceder a una tarifa más asequible y usted, el paciente y su proveedor de atención, toman todas las decisiones con respecto a su atención.

Declaro que me gustaría inscribirme en el programa ECS. He leído y entiendo los términos de este acuerdo de membresía que se enumeran en este formulario. Entiendo que esta membresía no es un seguro médico, pero por contrato me permite acceder a un programa de tarifas con descuento por los servicios que recibo en esta oficina y en cualquier oficina que sea miembro del programa ECS. El incumplimiento de los términos de este acuerdo puede resultar en la terminación de mi membresía.