

Instrucciones para llenar su forma de afiliación CSMC Prosalud Plan

Página 1/3 “AFILIACION”

Información personal: En este cuadro se debe registrar claramente la información de quien se este afiliando al Plan (Nuevo miembro de **CSMC Prosalud Plan**).

Por favor indique el nombre del profesional de la salud que desea como su médico primario. Usted lo puede cambiar una vez por mes, cuando desee, marcando (954)718-3393 antes del día 15. (ver directorio médico)

Si el afiliado es menor de 18 años: Si el afiliado (Nuevo miembro de **CSMC Prosalud Plan**) no tiene aún 18 años de edad en este cuadro se debe registrar la información de uno de sus padres o de quien le tenga bajo su patria potestad “Tutor”. Es requerida una prueba (Certificación) de Patria potestad y esta es la persona que debe firmar la aplicación (Pág. 3/3) Indicando, además, su nombre completo.

Selección del Plan: Por favor tenga en cuenta que **CSMC Prosalud Plan** Cuenta con dos planes “A” Centros Médicos “Colony Springs Medical Center”, y “B” Centros Médicos Afiliados, Los médicos adscritos a Colony Springs Medical Center llevarán la identificación “CSMC” al lado derecho de su nombre (ver directorio).

Los Planes “A” y “B” **CSMC Prosalud Plan** Incluyen planes de medicinas, dental y visión, pero si usted desea adicionales indíquelos en los renglones 2,3 y 4 de este cuadro.

Si usted eligió como su médico primario a uno de los médicos de CSMC haga la liquidación de su primer pago en la columna “Plan A” ó, si eligió un médico afiliado, haga la liquidación de su primer pago en la columna “Plan B”. En las dos alternativas el pago inicial es de tres (3) mensualidades (anticipadas) mas el costo de administración (\$30.00) o sea \$120.00. Si usted desea pagar semestral o anualmente multiplique \$30.00 (valor de la mensualidad) x 6 ó x 12 según desee, agregue \$30.00 de costo de administración y coloque el total correspondiente.

Método de Pago: Indique en este cuadro si desea hacer sus pagos con cheque por correo, con cargo automático a su cuenta bancaria o con cargo automático a su tarjeta de crédito. Los cargos serán el día 15 o el día 30 dependiendo de su fecha de efectividad en **CSMC Prosalud Plan**.

Periodos de Pago: Indique en este cuadro como desea hacer su pagos o cargos : mensualmente, trimestralmente, semestralmente, o anualmente.

Información tarjeta de crédito: Si este fue el método de pago que usted escogió, este cuadro deberá ser diligenciado (llenado) y firmado por el titular de la tarjeta de crédito a la cual se le van a hacer los cargos sucesivos.

Información para extracción bancaria directa: Si este fue el método de pago que usted escogió, este cuadro deberá ser diligenciado (llenado) y firmado por el titular de la cuenta bancaria a la cual se le van a hacer los cargos sucesivos. Un cheque anulado de la cuenta usada se debe anexar a esta forma de afiliación.

Nota: Por favor ponga sus iniciales (Firma abreviada) en el extremo inferior derecho de esta página.

Página 2/3 “ACUERDO CON EL MIEMBRO”

Por favor lea cuidadosamente el contenido de esta página y si esta de acuerdo con su el contenido ponga sus iniciales (firma abreviada) en el extremo inferior derecho de la hoja.

Página 3/3 “BENEFICIOS Y SERVICIOS”

Por favor lea cuidadosamente el contenido de esta pagina y si esta de acuerdo con todo escriba en la parte inferior de la hoja su nombre completo (legible) y firme, en su propio nombre, si es usted el aplicante (mayor de edad), o en representación de el aplicante si es menor de edad.

Por favor envíe esta forma de aplicación debidamente diligenciada por correo a CSMC Prosalud Plan, 8333 W Mc Nab Rd Suite 129 Tamarac, florida, 33321, junto con un cheque o “Money order” por el primer pago y los anexos requeridos (si los hay). A vuelta de correo usted recibirá una copia aceptada, una carta de bienvenida, su carné, un manual de funcionamiento del Plan y un folleto con todos los servicios de CSMC Prosalud Plan.

Gracias por entrar a formar parte de la gran membresía de **CSMC Prosalud Plan** Deseamos servirle siempre mas y mejor.

“Su primera consulta es gratis en los centros CSMC”, y además, usted obtendrá el 20% de descuento en su primera orden para nuestro centro de diagnostico



CSMC
DMPO



Enrollment Form / Afiliación

Personal Information (Información Personal)

First Name (Nombre) _____ MI (Inicial) _____ Last Name (Apellido) _____
 DOB (Fecha de Nac.) ____/____/____ SS (Seguro Social) _____ Sex (Sexo) Female (Mujer) Male (Hombre)
mm dd yyyy
 Address (Dirección) _____ City (Ciudad) _____
 State (Estado) _____ ZIP (Código Postal) _____ Phone: House (Casa) _____ Work (Trabajo) _____

Father / Mother / Legal Guardian (If Affiliate is younger than 18 yrs. Old) Padre / Madre / Tutor (Si el afiliado es menor de 18 años)

First Name (Nombre)	Last Name (Apellido)	Sex (Sexo) Female (mujer) <input type="checkbox"/> Male (hombre) <input type="checkbox"/>	DOB (Fecha Nac.)	Relationship (Parentesco) <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <i>Madre Padre Tutor</i>
---------------------	----------------------	---	------------------	--

Plan Selection (Check each that is applicable)

Selección del Plan (Identifique los planes "adicionales" que le interesen)

Monthly Payment \$30.00 / Pago Mensual \$30.00

Individual / Plans	PLAN A	PLAN B
	Own Medical Center "CSMC" <i>Centros Médicos propios "CSMC"</i>	Affiliate Medical Center <i>Centros Médicos afiliados</i>
1- CSMC ProSalud Plan	\$30.00 x = \$	\$30.00 x = \$
2- Prescription plan / Plan de medicinas	\$	\$
3- Dental Plan/ Plan Dental	\$	\$
4- Vision Plan / plan de Vision	\$	\$
Processing fee/ Costo de Administracion \$30.00	\$	\$

Note: The main applicant is responsible for the contract. The applications for individuals under the age of 18 should be done by one of the parents or legal sponsors. This form of enlisting constitutes a part in the agreement like member (affiliate) of the medical plan of discount.

NOTA: Quien firma esta Aplicación, acepta el acuerdo con el miembro (afiliado) en todas sus partes. Las aplicaciones de menores de edad deben ser suscritas por uno de sus padres o tutores. Esta forma de enrolamiento constituye una parte del acuerdo como miembro (afiliado) del plan médico de descuento.

There is a one-time processing fee of \$30.00 for individual members. (Not reimbursable)

CSMC ProSalud Plan aplicará un cargo único por el procesamiento de este Acuerdo al momento de su firma. Este cargo será de \$30.00.(No reembolsable)

Method of Payment

Check or Money Order Direct Withdrawal Credit Card
(Método de pago) Cheque Cargo en Cuenta Tarjeta de Crédito

All Payments are due on the 15th or the 30th of each month, depending on the application date. Charges will also be made on the 15th or 30th

Todos los pagos deben ser recibidos el día 15 ó 30 de cada mes, dependiendo de la fecha de la aplicación. Los cargos se harán igualmente el día 15 o 30.

Payments Frequency:

Monthly (mensual) Quarterly (trimestral) Semi-annual (semestral) Annual (anual)

Credit Card Information

(Información de Tarjeta de Crédito) VISA Mastercard Amex Discover Expiration Date (fecha vto.) _____
 Cardholder Name (Nombre en la tarjeta) _____ Credit Card # (nro. de Tarjeta) _____
 Billing Address (Dirección Postal de cobro) _____

I authorize CSMC ProSalud Plan to withdraw the necessary amount from my credit card to pay for my CSMC ProSalud Membership.
 (Autorizo a CSMC ProSalud Plan para extraer de mi Tarjeta de Crédito el monto necesario para mantener mi afiliación).

Pay Date 15 30 _____
 (Día del Cargo) Printed Name (Nombre del titular de la tarjeta en letra de Imprenta) _____ Date (fecha) _____

Total First Payment \$ _____ (Total del 1er. Pago)
Each Following Payment \$ _____ (Total de cada pago (cargo) sucesivo)

Monthly Quarterly Semi-annual Annual
Mensual Trimestral Semestral Anual

Signature (Firma) _____

Date (Fecha) _____

Direct Withdrawal Information (Información para extracción bancaria directa)

I authorize CSMC ProSalud Plan to withdraw the necessary amount from my indicated bank to pay for my CSMC ProSalud Membership.
 (Note: Please attach a voided check to this application) Autorizo a CSMC ProSalud Plan para que extraiga de mi cuenta del banco indicado a continuación el monto necesario para el pago de mi afiliación a CSMC ProSalud Plan. (Nota: Favor adjuntar un cheque anulado a ésta solicitud).

Bank routing # (nro. de giro) _____ Bank Name (Entidad Bancaria) _____
 Account # (nro. de cuenta) _____

Pay Date 15 30 _____
 (Día del Cargo) Printed Name (Nombre del titular de la cuenta) _____ Date (fecha) _____

Total First Payment \$ _____ (Total del 1er. Pago)
 (Total de Primer pago)
Each Following Payment \$ _____ (Total de cada pago (cargo) mensual sucesivo):

Monthly Quarterly Semi-annual Annual
 Mensual Trimestral Semestral Anual

Signature (Firma) _____

ENROLLMENT FORM

"Discount Medical Plan Organization"

Colony Springs Medical Center Inc. d/b/a ProSalud Plan
 8333 W McNab Rd. Suite 129, Tamarac, Florida 33321
 (561) 439 7575 Palm Beach - (954) 720 7064 Broward - (305) 624 8916 Miami Dade
 1888 PROSALUD - www.colonyspringsmedical.com



CSMC
DMPO



Member Agreement / Acuerdo con el Miembro

A \$25 charge will be applied to all returned checks including items such as insufficient funds, closed accounts, stop payment orders, or incorrect accounts numbers.	Se aplicará un cargo de \$25 a todo y cualquier cheque devuelto por falta de fondos, cuenta cerrada, cheque retenido, número de cuenta incorrecta o cesación de pagos.
A \$25 charge will be applied if a bank debit transaction is not completed due to problems, including items such as insufficient funds, closed accounts, stop payments orders, incorrect accounts numbers, or any other problem.	Se aplicará un cargo de \$25 si no se realizara el retiro bancario periódico debido a falta de fondos, cuenta cerrada, pago retenido, número de cuenta incorrecta o cualquier otro problema.
A \$25 charge will be applied if an authorized credit transaction is not completed due to problems including items such as insufficient funds, closed accounts, stop payments orders, or incorrect accounts numbers.	Se aplicará un cargo de \$25 si no se realizara la transacción por tarjeta de crédito acordada, debido a falta de cupo, cuenta cerrada, pago retenido, número de cuenta incorrecta o cualquier otro problema.

Terms and Conditions

Please note that the enrollment form constitutes a part of your member (affiliate) agreement.

Effective Date: The plan will be effective a) The fifteen of the month if the application was processed before the 10th of the month or b) The 30th of the month if the application was processed before the 25th of the month.

Upon receiving their CSMC ProSalud Plan Card, each member (affiliate) is entitled to all benefits listed in the Descriptions of Benefits.

Cards are usually received within ten days after signing this application.

Affiliation: This agreement will be renewed with your established payment. The member (affiliate) has 30 days to cancel from the effective date of enrollment to cancel the plan and obtain a full refund of periodic charges.

Failure to keep membership fees up to date will result in a temporary suspension of membership until payment is made. The member (affiliate) will not have access to discounts if they have not paid their fees.

A cancellation notice must include the Members' Plan Card CSMC ProSalud Plan will refund to the Member (affiliate) the unused portion of any fees received from the Member (affiliate), if any.

Limitations: All the services are unlimited. All the medical conditions are accepted.

No limit of medical visits. The applications for minors need to be signed by a parent or legal guardian.

Términos y Condiciones

La forma de enrolamiento constituye una parte de este acuerdo de miembro (afiliado).

Día de efectividad: los servicios comenzarán: a) el día 15 del mes, si la aplicación fue procesada antes del día 10. del mes o b) el día 10. del mes, si la aplicación fué procesada antes del día 15. Una vez que reciba la tarjeta de CSMC ProSalud Plan cada miembro (afiliado) tiene derecho a todos los Beneficios(servicios) mencionados en la "Descripción de Beneficios". Las tarjetas son generalmente recibidas pasados 10 días de haberse firmado la aplicación.

Afiliación: Este acuerdo es de renovación con el pago de la cuota establecida. El miembro puede cancelar el contrato en cualquier momento, por escrito, con un preaviso de 15 días. Las dos primeras mensualidades no son reembolsables.

El no mantener al día los pagos de membresía, redundará en la suspensión temporaria de la misma, hasta que los pagos sean actualizados.

La solicitud de cancelación debe incluir la tarjeta de membresía CSMC ProSalud Plan devolverá al miembro (afiliado) la cantidad prorrateada de dinero correspondiente a mensualidades que hayan sido pagadas por adelantado, si es que las hay. Las dos primeras mensualidades no son reembolsables.

Limitaciones: Todos los servicios del plan son sin limitaciones por edad o sexo. Todas las condiciones de salud son aceptadas. NO hay limite de consultas médicas y nuestro acuerdo no tiene periodo de tiempo. Las aplicaciones de menores de edad deben ser firmadas por uno de sus padres o por quien tenga la patria potestad sobre el menor de edad.

Este Acuerdo debe ser firmado en persona y quien lo firme se hace responsable de lo aquí establecido.

El miembro (afiliado) es responsable por este Acuerdo.

Disclosures: CSMC ProSalud Plan is not an insurance. The plan provides discounts at certain Health Care providers for medical services.

The plan does not make payments directly to the providers of medical services.

The plan member (affiliate) is obligated to pay for all health care services but will receive a discount from those health care providers who contracted with the discount plan organization "CSMC ProSalud Plan".

Revelación: CSMC ProSalud Plan no es un seguro de salud. El plan provee descuentos con proveedores para servicios médicos.

El plan no hace pagos directos a los proveedores de servicios médicos.

El miembro (afiliado) del plan está obligado a pagar por todos los servicios de salud pero recibirá descuentos de los proveedores de salud contratados por la organización de descuentos "CSMC ProSalud Plan".

MEMBER AGREEMENT

"Discount Medical Plan Organization"

Colony Springs Medical Center Inc. d/b/a CSMC ProSalud Plan

8333 W McNab Rd. Suite 129, Tamarac, Florida 33321

(561) 439 7575 Palm Beach - (954) 720 7064 Broward - (305) 624 8916 Miami Dade

1888 PROSALUD - www.colonyspringsmedical.com



CSMC
DISCOUNT MEDICAL PLAN



Benefits & Services / Beneficios y Servicios

CSMC PROSALUD PLAN "A"	CSMC PROSALUD PLAN "B"
The member (affiliate) is responsible for any payments related to service. The services at Colony Springs Medical Center are listed in the brochure (form # csmcsp-01-10) and is part of the benefits (services). The services not listed should be paid by the member (affiliate) at the provider's rate.	CSMC ProSalud Plan will have a large provider network of contracted Primary Care Physicians (Internal Medicine, General Medicine, basic Gynecology and Pediatrics) with competitive prices for our members in Miami Dade, Broward, Palm Beach counties. Also, CSMC Prosalud Plan will have contracted services with competitive prices for services such as; minor surgeries, laboratories, radiology, electrocardiograms, ultrasound, sonograms and vaccines for our members (affiliates) with discounts between 30% and 40%.
The member (affiliate) service department of CSMC Prosalud Plan, managed by Health Professionals will keep a large provider network Diagnostic centers, Prescription providers, Natural products, Plastic Surgeries, Alternative Medicine and many others, benefits contracted with discounts up between 15% to 50% to be use by our members (affiliates).	CSMC ProSalud Plan will have a large network of healthcare providers in the tri-county area (Palm Beach, Dade, Broward) always trying to obtain the best discounts for our members (affiliates) with our specialists, diagnostic centers, prescriptions, natural products, plastic surgeries, alternative medicine, and other complementary services.
The members (affiliate) will have access to our medical service coordinators, health professionals that will help them to coordinate their services according to their needs regarding health care in their area, their own language if possible), Always trying to provide the best services with the best discounts and/or benefits according to the member's (affiliates) circumstances.	The members (affiliates) will have access to our member services department that will help them locating the doctors, specialists and services needed, making their medical appointments and providing the information regarding the costs. If needed by the members (affiliates)
CSMC PROSALUD DMPO PLAN "A"	CSMC PROSALUD DMPO PLAN "B"
El miembro (afiliado) es responsable de pagar los servicios en el momento en que los reciba. Los servicios de Colony Springs Medical Center, Inc. están listados en el folleto que hace parte de este acuerdo de beneficios (forma # csmcsp-01-10). Los no listados deberán ser pagados por el miembro (afiliado) con las tarifas establecidas por el proveedor participante.	CSMC ProSalud Plan tendrá contratada una red amplia de Médicos Primarios (Medicina Interna, Medicina General, Ginecología básica y Pediatría) con consultas de precio competitivo para sus miembros (afiliados) en los Condados de Miami Dade, Broward y Palm Beach. De igual manera CSMC ProSalud Plan mantendrá contratados "con precios competitivos" los servicios de Cirugías menores, Laboratorio, Radiología, Electrocardiogramas, Ultrasonidos, Sonogramas, y Vacunas para sus miembros (afiliados), con descuentos entre el 30% y 40%.
El Depto. de Servicio al Cliente de CSMC ProSalud Plan, dirigido por profesionales de la Salud, mantendrá una red amplia de Especialistas externos, Centros de Diagnóstico, proveedores de Medicinas y Productos Naturales, Cirugías Plásticas, Medicina Alternativa y muchos otros, contratados con descuentos entre el 15% y 58%, para que sean utilizados por los miembros (afiliados).	CSMC ProSalud Plan tendrá una red amplia de proveedores de cuidados Médicos en cada Condado (Miami Dade, Broward, Palm Beach) procurando siempre los mejores descuentos para los miembros (afiliados) en consultas con Especialistas, Centros de Diagnóstico, proveedores de Medicinas y Productos Naturales, Cirugías Plásticas, Medicina Alternativa y todos los servicios complementarios.
Los miembros (afiliados) contarán con coordinadores de proveedores de servicios profesionales de la salud, que si el miembro (afiliado) desea, les ayudarán a coordinar sus necesidades de cuidados de salud en su área y en su idioma (en lo posible), procurándoles los mejores servicios, y los mejores descuentos y/o beneficios de acuerdo a las circunstancias del miembro (afiliado).	Los miembros (afiliados) contarán con coordinadores de proveedores de Servicios Médicos, profesionales de la salud, que les ayudarán a ubicar los médicos, especialistas y servicios que necesiten, concertándoles las citas médicas e informándoles sobre los respectivos costos, si así lo desea el miembro (afiliado).

A Description of Customer Service and member Complaint Procedures

Customer Service 24 hours a day: **(954) 718 3393**

When an incident call is received, our operators prepare an incident report. The report is sent to management for inquiry and resolution.

- The Provider Relations Department is responsible for Doctors and Complementary Services.
- The Customer Service Director is in charge of members (affiliates) issues.
- The Membership Services Director is in charge of CSMC Prosalud Plan Card issues.
- Billing problems are delivered to the Controller.
- Incidents and/or Complaints are resolved within ten business days.

Once the review is completed and a resolutions reached, a CSMC Prosalud Plan representative contacts the member (affiliate) who reported the incident.

A written record to the review and resolution is then created and filed.

If the Member (affiliate) is dissatisfied with the resolution, the Member (affiliate) may complain to CSMC Prosalud Plan's senior management.

To do this, the Member (affiliate) must submit the complaint in writing to the President of CSMC Prosalud Plan. Management will then review the written complaint within thirty calendar days of receipt and respond to the member (affiliate) in writing.

Descripción del Servicio a Socios y de los Procedimientos de Quejas

Atención al Cliente disponibles las 24 horas: **(954) 718 3393**

Cuando se recibe una queja reportando algún incidente, nuestras operadoras la envían a la Gerencia para averiguación y resolución.

- El Depto. de Proveedores de Servicios es responsable por doctores y servicios complementarios. El Depto. Financiero es responsable por cuentas y cobranzas
- El Depto. de Atención a miembros (afiliados) es responsable por el servicio a miembros (afiliados)
- Incidentes y/o quejas son resueltos en 15 días hábiles. • El Depto. de Membresías expide tarjetas de CSMC ProSalud Plan

Una vez la revisión es terminada y se llega a una solución, un representante de CSMC ProSalud Plan contacta al miembro (afiliado) que comunicó el incidente para informarle sobre lo que se haya resuelto. Si el miembro (afiliado) no queda satisfecho con la solución, tiene la opción de elevar una queja al nivel más alto dentro de la administración de CSMC ProSalud Plan, por escrito al P.O. Box 8622, Coral Springs, Fl. 33071.

La administración entonces revisará la queja dentro de los 30 días calendario siguientes y le responderá al miembro (afiliado) también por escrito.

I authorized the employees of CSMC ProSalud Plan to see my diagnosis and to intervene in the coordination of any medical services and health care for me or my dependent

Yo autorizo a los funcionarios de CSMC ProSalud Plan para ver mi diagnóstico e intervenir en la coordinación de los servicios médicos y cuidados de salud para mí o para mi dependiente

Member (affiliate) Signature (*firma del Miembro (afiliado)*) Apicante

Printed Name (*nombre en letra de imprenta*)

Date (*fecha*)

CSMC ProSalud Plan Rep. Signature (*firma de Rep.*)

Printed Name (*nombre en letra de imprenta*) Código

Date (*fecha*)

CSMC ProSalud Plan Manager Signature (*firma del Gerente*)

Printed Name (*nombre en letra de imprenta*)

Date (*fecha*)

Fecha de Efectividad

Acuerdo procesado por

Firma

**BENEFITS & SERVICE
"Discount Medical Plan Organization"**

Colony Springs Medical Center Inc. d/b/a ProSalud Plan
8333 W McNab Rd. Suite 129, Tamarac, Florida 33321
(561) 439 7575 Palm Beach - (954) 720 7064 Broward - (305) 624 8916 Miami Dade
1888 PROSALUD - www.colonyspringsmedical.com