



GOLD MED PLAN

Miembro #

1435 W 49 Place
Suite 400B
Hialeah FL 33012

421 SW 107th Avenue
Miami, FL 33174

Phone: 305.823.5730
Fax: 305.823.5732

Membresia

Dia: _____ Plan: _____ Individual o _____ Familiar

Apellido:	Nombre:
Direccion:	
Ciudad:	Estado/Codigo Postal:
Telefono:	Fecha de Nacimiento:
Email:	

Gold Med no es un seguro medico, HMO o DMPO (Organizacion de descuento Medico) y no provee cobertura como seguro medico. El paciente es obligado a pagar por los servicios de salud recibidos y no garantiza descuento en otros cuidados medicos que no sean los estipulados por la clinica.

- Terminos de Contrato.** El termino de este contrato es anual.
- Renovacion de contrato y cancelaciones.** Este contrato sera renovado automaticamente. El Paciente puede cancelar el mismo notificando por escrito con 30 dias de antelacion y retornando las tarjetas de membresia.
- Costo of Membresia.** El costo de membresia individual es de \$25.00 mensual. El costo de membresia familiar para un maximo de 4 miembros es \$40.00 por Familia. Si desea agregar mas miembros es \$10.00 por cada uno. Los pacientes que pagen la membresia mensual en efectivo o cheque seran sujetos a \$10.00 de recargo por mes.
- Servicios.** Los servicios de cuidado medico de este contrato incluyen Medico Primario \$25.00 copago. Servicios adicionales, como por ejemplo; exámenes de diagnostic y laboratorios seran basados en el listado de precio.

Por favor Seleccionar:

Metodos de Pago	Mensual: \$	Semi-annual: \$	Annual: \$
Pago	Visa: _____	MasterCard: _____	Cash: _____
Numero de Tarjeta de Credito:	Codigo De Seguridad: _ _ _	Expiracion:	
Yo, autorizo a Gold Med Plan cobrar mi tarjeta de credito por mi Membresia.			
Firma Dueño de la tarjeta:	Dia:	Pago:	

Firma

Nombre:

*** Si tiene una emergencia llamar al 911***



GOLD MED PLAN

Miembro #

1435 W 49 Place
Suite 400B
Hialeah FL 33012

421 SW 107th Avenue
Miami, FL 33174

Phone: 305.823.5730
Fax: 305.823.5732

Applicacion Plan Familiar

Dia Effectivo: _____

Por favor proveer informacion de los miembros de su familia que seran añadidos al Plan.

Apellido	Nombre	Fecha De Nacimiento	Sexo

Yo autorizo a Gold Med Plan cargar a mi tarjeta de credito la cantidad de \$40.00 al mes por mi membresia familiar .

Firma del Dueño de la tarjeta de credito

Nombre

*** En caso de una emergencia llamar al 911***