

Member Name: _____
Branch Location: _____

- Universal One – Employee Only
- Universal One – Employee + 1
- Universal One – Employee + Fam
- Universal Plus

Fold Here

Members: MultiPlan Provider Locator: 1.800.457.1403
www.MultiPlan.com

Eligibility & Member Services: 1-866-950-2368

Providers: For Claims 1-800-851-6268
Claims Administered by: TCC of South Carolina

File Hard Copy Medical Claims To:
MultiPlan, P. O. Box 211033
Eagan, MN 55121
Electronic Payor ID: 41204
For verification of benefits after hours go to: www.verifyuhb.com



For verification of benefits after hours go to: www.verifyuhb.com

UNIVERSAL HEALTH BENEFITS

(Con el fin de evitar un retraso en la activación de sus beneficios y ahorros, siga las instrucciones indicadas para completar el proceso de inscripción Si ha elegido participar y hacer no completar el proceso de inscripción con las instrucciones anteriores, se le inscribirá automáticamente, pero puede producirse un retraso en la activación del beneficio.)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre Del Inscrito _____ Seguro Social _____
Dirección Del Inscrito _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Sexo M F Fecha De Nacimiento ___/___/___ N° Teléfono De Día _____
Correo Electronico: _____

PLAN SELECCIÓN

- Plan selección: Universal **One*** - \$33.00/ la semana - Empleado sólo
 Universal **One*** - \$55.00/ la semana - Empleado + uno
 Universal **One*** - \$77.00/ la semana - Familia del empleado
 Universal Plus* - \$8.00/Week – El descuento de Careington sólo planea (NO seguro)

Después de realizar la selección del plan, por favor seleccione la casilla correspondiente en la sección azul de su tarjeta de identificación temporal.

* Planes uno todo Universal y la Universal planea además de incluyan un plan de descuento administrado por Careington International Corporation sin costo.

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Nombre Del Dependiente	Fecha De Nacimiento	Sexo (M/F)	Relación	Seguro Social
			Esposo	

Beneficiario* _____ Relación _____

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

- ELIJO A PARTICIPAR EN EL PLAN SELECCIONADO ANTERIORMENTE.
- Se me ha dado la oportunidad de participar en los planes anteriores, y deseo de rechazar MIEMBROS en este momento.

AUTORIZACIÓN PARA FACTURACIÓN RECURRENTE

Por la presente autorizo UHB a nómina deducir la cantidad, como se indica en mi selección de plan anterior. Entiendo que este importe se deducirá semanalmente comenzando con mi primer depósito de nómina de empleados soluciones.

Entiendo que mi plan de cobertura y/o descuentos del plan podrían continuar sobre separación de empleo con soluciones de empleado. Es mi responsabilidad de notificar a UHB de cancelaciones o cambios al plan.

*** Para hacer cambios o cancelar su plan, por favor visite www.uhb1.com. Todas las solicitudes deben presentarse el martes antes de su siguiente deducción recurrente surta efecto. Se le notificará por un miembro del equipo UHB, una vez que su solicitud haya sido tramitada.

Recuerde: Sus beneficios y ahorros no están activos hasta que reciba su primer cheque de pago.

Firma Del Inscrito

Fecha

Rep: _____ Branch Location: _____

Términos y condiciones

Condiciones de renovación: Al unirse a un plan, usted está autorizando Universal beneficios a cuenta de su tarjeta de crédito o cuenta de cheques para el plan que haya seleccionado. Este cargo permanecerá en vigor hasta que usted notifique Universal beneficios para la salud de la solicitud para cancelar. Uniéndose, usted indica que ha leído los términos y condiciones del plan. Este plan se renovará automáticamente al final de su mandato de membresía anual, y su tarjeta de crédito o cuenta bancaria será automáticamente cargado o redactado para la cantidad apropiada.

Condiciones de terminación: Beneficios para la salud Universal y Careington International Corporation (Careington) se reserva el derecho de suspender a los miembros del plan de su plan por cualquier razón, incluyendo la falta de pago.

Condiciones de cancelación: Usted tiene el derecho a cancelar dentro de los primeros 30 días después del recibo de materiales de membresía y recibir un reembolso completo, menos la cuota de procesamiento, en su caso. Residentes de FL: Usted tiene el derecho a cancelar dentro de 30 días después de la fecha de vigencia. Si por cualquier razón durante este período de tiempo usted no está satisfecho con el plan y desea cancelar y obtener un reembolso, usted debe presentar una solicitud de cancelación por escrito. Beneficios para la salud universal se aceptar y cancelar plan de membresías en cualquier momento durante el período de membresía y voluntad dejan de recoger cuotas en un período razonable de tiempo, pero no más tarde de 30 días después de recibir una notificación de cancelación. Por favor envíe una carta de cancelación y una solicitud de reembolso con su nombre y miembro número de beneficios de salud Universal en 6404 International Parkway, Suite 1350, Plano, Texas 75093 o fax: 855-208-1140. También puede enviar cancelación por correo electrónico: admin@uhb1.com. Si los beneficios de salud Universal es facturación le trimestral, que semestral o anualmente, prestaciones de salud universales será, en caso de cancelación de la membresía por cualquiera de las partes, hacer un reembolso proporcional de los cargos periódicos al miembro.

Descripción de servicio: Consulte los materiales cerrados para obtener una descripción específica de los programas que usted ha comprador.

Limitaciones, Exclusiones y Excepciones: Este programa es un programa de membresía de descuento ofrecido por Careington. Careington no es un asegurador licenciado, organización de mantenimiento de salud u otro suscriptor de los servicios de salud. Ninguna porción de los cargos de proveedores será reembolsada o pagada por Careington. Careington no tiene licencia para proveer y no provee servicios ni artículos médicos a individuos. Usted recibirá descuentos para servicios médicos en ciertos proveedores de atención de la salud que hayan sido contratados por el plan. Usted está obligado a pagar todos los servicios de cuidado de salud en el momento de su cita. Los ahorros se basan en las tarifas normales del proveedor. Los ahorros reales variarán dependiendo de la ubicación y los servicios o productos comprados. Por favor, verifique estos servicios con cada proveedor individual. Los descuentos aquí contenidos no se pueden utilizar en combinación con cualquier otro plan de descuento o programa. Todos los precios listados o cotizados son precios actuales de proveedores participantes y sujetos a cambios sin previo aviso. Todos los procedimientos realizados por un proveedor no participante no se descuentan. De vez en cuando, algunos proveedores pueden ofrecer productos o servicios al público en general a precios inferiores a los precios con descuento disponibles a través de este programa. En tal caso, los miembros deberán pagar el precio más bajo. Descuentos en servicios profesionales no están disponibles donde esté prohibido por la ley. Este plan no descuenta todos los procedimientos. Los proveedores están sujetos a cambios sin previo aviso y los servicios pueden variar en algunos estados. Es responsabilidad del miembro verificar que el proveedor es un participante en el plan. En cualquier momento Careington puede sustituir a una red de proveedores a su discreción. Careington no puede garantizar la participación continua de ningún proveedor. Si el proveedor abandona el plan, necesitará elegir otro proveedor. Los proveedores contratados por Careington son los únicos responsables del asesoramiento y tratamiento profesional prestados a los miembros y Careington se exime de cualquier responsabilidad con respecto a dichos asuntos.

Procedimiento de Quejas: Si usted desea presentar una queja con relación a su calidad de miembro del plan, usted debe presentar su queja por escrito a: Beneficios para la salud universal en 6404 International Parkway, Suite 1350, Dallas, Texas 75093. Usted tiene el derecho de solicitar una apelación si no está satisfecho con la resolución de la queja. Después de completar el proceso de resolución de quejas y no está satisfecho, puede comunicarse con el departamento de seguros del estado.