



Care Alternative Program Enrollment Form

Administered by: Medical Management Group
In Conjunction with David Macgregor Company
Customer Service: 866-641-2622
Fax # 973-448-9946

Affiliated Organization: Frugal George

Chapter/Location: _____

Section I: Personal Information (Required)

Last Name: _____

First Name: _____

SSN/Matricula #: _____

Phone #: _____

Address (Include
Apt #): _____

City / State / Zip: _____

Marital Status: _____

Gender: _____

Birthday
(MM/DD/YYYY): _____

Email
Address: _____

Section II: Program Information (Required)

Mini-Med Program (Select One)

- Self for \$177.50 / Month
- Self + Spouse for \$225.50 / Month
- Self + Children for \$231.50 / Month
- Family for \$283.50 / Month

Prepaid Visa Debit Card Program

- \$10.00 per member

Medical Accident Benefit Program

- Program for \$29.95 Per Family / Month

Section III: Dependent Spouse Information

Last Name: _____

First Name: _____

Birthday
(MM/DD/YYYY): _____

Gender: _____

There is a \$10.00 One Time Processing Fee on all Care Alternative Programs

**Mail to: Care Alternative North America,
181 Howard Blvd, Suite M-405, Mt. Arlington, NJ 07856
www.FrugalGeorge.carealternative.com**

Section VI: Dependent Child Information

Child	Last Name	First Name	Birthday (MM/DD/YYYY)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

There is a \$10.00 One Time Processing Fee on all Care Alternative Programs
Mail to: Care Alternative North America,
181 Howard Blvd, Suite M-405, Mt. Arlington, NJ 07856
www.FrugalGeorge.carealternative.com



Formato de Afiliación al Programa Care Alternative

Administrado por: Medical Management Group

En conjunto con David Macgregor Company

Servicio a Clientes: 866-641-2622

Fax # 973-448-9946

Organización de Afiliación: Frugal George

Iglesia / Parroquia: _____

Sección I: Información Personal (Necesitar)

Apellidos: _____

Nombre: _____

SSN/Matricula #: _____

Teléfono #: _____

Dirección (Incluyas Apt #): _____

Ciudad /Estado / Zip: _____

Estado Civil: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Correo Electrónico: _____

Sección II Información de Programa (Necesitar)

- Programa Mini-Med (Seleccione Uno)
 - Individual \$177.50 Mensual
 - Individual + Cónyuge \$225.50 Mensual
 - Individual + Hijos \$231.50 Mensual
 - Familiar \$283.50 Mensual

- Programa de Tarjeta Prepagada de Débito
 - \$10.00 por solicitante

- Programa de Beneficios Médicos de Accidentes
 - Familiar \$29.95 Mensual

Sección III: Información de Cónyuge a Cargo

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Sexo: _____

Se aplica un cargo único de procesamiento de \$10 dólares por afiliarse a CUALQUIER programa de Care Alternative

Correo a: Care Alternative North America,
181 Howard Blvd, Suite M-405, Mt. Arlington, NJ 07856

www.FrugalGeorge.carealternative.com

Sección IV (Se requiere firmar para cualquier programa solicitado)

Nota: Toda persona que a sabiendas y con intención de herir, defraudar o engañar a CARE ALTERNATIVE NORTH AMERICA, que presenta un escrito de demanda o una solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en la cárcel. Cualquier tergiversación que se haga en forma escrita u oral en esta solicitud por el solicitante o a nombre del solicitante, o bien cualquier garantía otorgada por éste; por determinación de CARE ALTERNATIVE NORTH AMERICA; puede llegar a considerarse anulación o invalidez del Certificado de Beneficios de CARE ALTERNATIVE NORTH AMERICA y/o impedirá que surta efectos su incorporación.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Sección V: Autorización de Tarjeta de Crédito / CANA (Necesitar)

- Tipo de Tarjeta de Crédito: (Seleccione Uno) Pagos en Efectivo
- Visa American Express **BilleTEL** MasterCard
- MasterCard Discover

Nombre en la Tarjeta: _____

Número de Tarjeta: _____ Fecha Exp. (MM/YYYY): _____

Clave de Verificación: _____

Por así convenirme, Yo, por meste medio solicito y autorizo a Claims & Benefit Management, Inc/for Care Alternative, de aquí en adelante llamado COMPAÑÍA, a realizar cargos de tarjeta de crédito y/o realizar cobros a mi tarjeta de crédito. Acepto que los derechos de la COMPAÑÍA, respecto a cada uno de dichos cargos será el mismo a que si fuera un cheque girado a nombre de la COMPAÑÍA y firmado personalmente por mi. Esta facultad permenece en efecto hasta que Claims and Benefit Management, Inc/for Care Alternative haya recibido una notificación mia de terminación por escrito con 30 días de anticipación en el tiempo y forma espeificado, de forma tal de otorgar oportunidad a que Claims & Benefit Management, Inc/for Care Alternative, actúe en consecuencia. La notificación de terminación debe hacerse en un mínimo de 30 días y se llevara a cabo el último día del mes siguiente a la notificación de 30 días.

En adelante, estoy de acuerdo que si algún cargo no se cumple, ya sea con o sin causa, y ya sea intencional o por inadvertencia, Claims & Benefit Management, Inc/for Care Alternative, no será responsable de modo alguno. En adelante estoy de acuerdo, que cualquier reclamo médico pagado durante este período será reembolsado a la COMPAÑÍA.

Soy conciente y estoy de acuerdo que los cargos será procesados de forma recurrente el día 25 de cada mes a partir del siguiente mes.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN DE MEMBRESÍA:

Claims & Benefit Management procesará todas las cancelaciones dentro de los 7 a 10 días hábiles a partir de recibido. La fecha de cancelación efectiva será el último día del mes en el que se envío la solicitud de cancelación. Si usted cancela antes de la fecha efectiva de membresía, usted recibirá un reembolso. Si usted cancela en el mes, no se realizará reembolso. Todas las cancelaciones están sujetas un cargo de procesamiento de \$35. Todas las solicitudes de cancelación de membresía Debe ser dirigidas por escrito y enviadas a:

Membership Cancellation Department

PO BOX 1606, ONTARIO CA 91762

Fax: 1-909-287-0768

Email: cancel@cbmtpa.com

Se aplica un cargo único de procesamiento de \$10 dólares por afiliarse a CUALQUIER programa de Care Alternative

**Correo a: Care Alternative North America,
181 Howard Blvd, Suite M-405, Mt. Arlington, NJ 07856
www.FrugalGeorge.carealternative.com**

Sección VI: Información de Niños Dependientes

Hijo	Apellidos	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Se aplica un cargo único de procesamiento de \$10 dólares por afiliarse a CUALQUIER programa de Care Alternative
Correo a: Care Alternative North America,
181 Howard Blvd, Suite M-405, Mt. Arlington, NJ 07856
www.FrugalGeorge.carealternative.com