

Servicios de Emergencia A BAJO COSTO!

Por solo \$64.00 al año, podrá participar en el programa de paramédicos. El programa cubre lo siguiente:

- Todos los servicios médicos de los paramédicos las 24 horas del día.
 - Transporte de emergencia a un hospital local en una ambulancia del Departamento.
- Instrucciones vitales por teléfono
- mientras El Departamento de Bomberos responde a su llamada de emergencia.

No tendrá que pagar costos adicionales por todo un año sin importar cuantas veces necesite los servicios de emergencia.



El costo de solo una llamada de emergencia puede costar de \$300 hasta un exceso de \$1,000 dependiendo del nivel de servicio requerido. Al pertenecer al programa de paramédicos usted y su familia o cualquier habitante de su domicilio, no tendrá que pagar costos adicionales por los servicios de los paramédicos en casos de emergencia.

Inscribase hoy y llame
A la Ciudad de Santa Ana al (714) 647-5454



Para inscribirse
por favor llame a la
Ciudad de Santa Ana
(714) 647-5454



Suscripción para el Programa de
PARAMÉDICOS



SANTA ANA

20 Civic Center Drive, Santa Ana, CA 92701

Para obtener más información
llame al (714) 647-5454

¡Para usted y su familia
por menos de 14¢ al día!

PREGUNTAS Y RESPUESTAS COMUNES

Suscripción para el Programa de Paramédicos

¿Quién es el derecho de inscribirse al programa de paramédicos?

Cualquier residente de la Ciudad de Santa Ana tiene el derecho.

¿Qué es lo que cubre la cuota de el programa?

La cuota del programa cubre todos los servicios de emergencia proveídos por El Departamento de Bomberos.

¿Quienes son cubiertos por el programa?

El programa cubre a todos los residentes permanentes del domicilio.

¿El programa cubre a personas que están visitando nuestra residencia?

No, el programa solamente cubre a los residentes del domicilio.

¿Si decido no inscribirme al programa, cual es el costo de los servicios de emergencia?

Dependiendo del servicio proveído, el costo puede ser de \$300 a un exceso de \$1,000.

¿Si me inscribo y me mudo fuera de la Ciudad, me reembolsaran la cuota?

Inscripción de paramedicos es voluntario y no se reembolsa.

¿El programa cubre viajes de rutina al hospital o del hospital a mi domicilio?

No, solo cubre los servicios de transporte en casos de emergencia.

¿Que pasa si me inscribo y no tengo seguro medico?

No se le cobraran costos adicionales al pagar la cuota anual.

Si no me inscribo, podré usar los servicios de emergencia proveídos por El Departamento?

Absolutamente, El Departamento de Bomberos responde a todas las llamadas de emergencia.

¿Seré responsable por costos adicionales si me inscribo al programa?

No. Si usted paga la cuota de este programa de , usted no será responsable de costos adicionales. Costos adicionales serán cobrados a su seguro o Medi-Cal.

¿Si pertenezco al programa y recibo un cobro?

En caso de que reciba un cobro y este al corriente con su suscripción, por favor llame de inmediato al 1-800-906-6552.

¿Como me inscribo en el Programa de Paramédicos?

Llene el formulario incluido y entréguelo con la cuota anual de \$64.00. Extienda su cheque a nombre de: **City of Santa Ana - Paramedic Billing M-13, P.O. Box 1964, Santa Ana, CA 92702-1964**

Aplicar online a:

Visite nuestra pagina de web: www.santa-ana.org/paramedic-subscription para descargar el formulario

Cuando empieza y cuando termina la cobertura:

La cobertura de suscripcion empieza el primero del mes siguiente al recibir la applicaion y el pago. La cobertura termina doce meses despues.

Bajo ninguna circunstancia serán negados o retrasados los servicios de emergencia y/o transporte de ambulancia por participar o no participar al programa de paramédicos o por su capacidad o incapacidad de pagar.

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE PARAMÉDICOS

Por favor llene la información siguiente y regrese este formulario con su pago de \$64.00 con cheque o giro solamente. (Su cheque cancelado será su recibo). Extienda su cheque a nombre de: **City of Santa Ana - Paramedic Billing M-14, P.O. Box 1964, Santa Ana, CA 92702-1964**



CORTE AQUÍ

NOMBRE _____ APELLIDO _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

Anote los nombres de todos los residentes en el domicilio:

NOMBRE

FIRMA

NÚMERO DE PÓLIZA DE ASEGURANZA

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Yo, el firmante, autorizo pago directo a la Ciudad de Santa Ana, los beneficios de otra manera pagados a mí, pero que no excedan los costos regulares de estos servicios. Si tengo beneficios de Medi-Care u otro seguro, autorizo la entrega de cualquier información, médica o indole sobre mí a la Administración de Seguro Social de los intermediarios o aseguradores, para cualquier reclamo incluyendo reclamos a Medi-Care. Permiso que utilicen la copia de esta autorización en lugar de la original y pido el pago del seguro medico al partido que acepta la asignación.

NOTA: La declaración antes dicha no proporcionara una base para negar los servicios de emergencia o transportes de emergencia debido a la responsabilidad del pago.

FIRMA: _____ FECHA: _____