

AVISO DE PAGO VENCIDO DE LA PRIMA DE MEDICARE

FECHA DE ENVIO DEL AVISO: _____

NÚMERO DE CUENTA:

Pague con Visa/MasterCard/American Express/ Discover o cheque/giro postal a "CMS Medicare Insurance." Envíe el pago con la porción inferior de este aviso en el sobre adjunto a:

**Medicare Premium Collection Center
P.O. Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355**

		Seguro de Hospital + Parte A	+ Seguro Médico Parte B	+ IRMAA (ajuste por ingreso) de la Parte D	= Cantidad Total
Cantidad que debe por la Parte A y/o B	\$		\$		\$
Cantidad atrasada por la Parte A y/o B	\$		\$		\$
Cantidad que debe por concepto de IRMAA de la Parte D				\$	\$
Cantidad adeudada por el IRMAA de la Parte D				\$	\$

LA PARTE A VENCE EL:

LA PARTE B VENCE EL:

CANTIDAD TOTAL QUE DEBE:

PAGAR EN O ANTES DEL:

Último pago recibido _____ el _____.

Para asegurarse que su pago sea procesado a tiempo, debe recibirse antes del _____. Pagos recibidos después de esta fecha serán incluidos en el próximo aviso.

INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO

▼ **Por favor recortar por esta línea y envíe con su pago** ▼

- Si su nombre, apellido o dirección han cambiado, o está incorrecto, marque la caja y rellene la forma al reverso de este aviso.
- Si la persona ha fallecido, marque la caja.

NÚMERO DE CUENTA:

Indique número de cuenta en el cheque o giro postal.

CANTIDAD QUE PAGA: \$.

CANTIDAD QUE DEBE: _____ VENCE EL: _____

NÚMERO DE VISA/MASTERCARD/AMERICAN EXPRESS/DISCOVER:

- - -

FECHA DE VENCIMIENTO: - -

FIRMA:

Escriba cheque o giro postal a nombre de: CMS MEDICARE INSURANCE
NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO O ESTAMPILLAS.

ENVÍE SU PAGO A:
MEDICARE PREMIUM COLLECTION CENTER
P.O. BOX 790355
ST. LOUIS, MO 63179-0355

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA CLIENTES DE MEDICARE

- El incumplimiento del pago de la Parte A o B cancelará su seguro de Medicare. Inclusive si su seguro de Medicare termina, tendrá que pagar el monto total de la prima que debe. Usted podrá volver a solicitar para Medicare sólo durante el Período de Inscripción General de enero a marzo de cada año. Si vuelve a solicitar, su cobertura comenzará el 1 de julio del año en que solicitó. Tenga en cuenta que la prima podrá ser más cara debido a que se interrumpió la cobertura.
- Esta factura puede incluir el Ajuste Mensual Relacionado a su Ingreso (IRMAA por su sigla en inglés) de la Parte B.
- Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre las Partes A y/o B de Medicare o sobre la cantidad que debe pagar, escriba o visite la oficina del Seguro Social, o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Esta factura puede incluir el IRMAA de la Parte D. Si no paga el IRMAA para la Parte D, se le dará de baja de su plan para medicamentos recetados (Parte D), aun si es parte de su cobertura de empleador o plan Medicare Advantage. Si se cancela su cobertura y usted vuelve a inscribirse más tarde en la Parte D, tendrá que pagar la cantidad que debe del IRMAA. Tenga en cuenta que la prima mensual para la Parte D puede ser más debido a que se interrumpió la cobertura.
- El IRMAA que usted paga por la Parte D puede haber aumentado debido a nueva información que recibimos del Seguro Social y otras agencias sobre su inscripción o ingreso. Si tiene alguna pregunta sobre la cantidad del IRMAA para la Parte D, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

MENSAJES ESPECIALES

SOBRE ESTA FACTURA

La factura adjunta refleja la cantidad actual que debe. Las fechas en la línea "Cantidad que debe" indican el período de facturación actual. Si esta es su primera factura, la cantidad total que debe puede incluir las primas que debía antes del período de facturación actual. Por favor, envíe su pago a tiempo.

PAGO FÁCIL DE MEDICARE

Inscríbese para que cada mes le deduzcan automáticamente las primas de su cuenta bancaria y de este modo no tendrá que preocuparse por pagos tardíos o perdidos.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para inscribirse en el Procesamiento de Información Automatizado (ACH por su sigla en inglés) el cual le deduce automáticamente las primas de su cuenta corriente o de ahorros. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

PAGOS POR CHEQUES

Cuando usted envía un cheque como forma de pago, usted autoriza al Centro de Recaudación para la Prima de Medicare (MPCC, por su sigla en inglés) a que usen la información de su cheque para hacer una sola transferencia electrónica de fondos de su cuenta de banco. Cuando el MPCC usa la información que aparece en su cheque para hacer una transferencia electrónica, los fondos pueden ser retirados de su cuenta bancaria el mismo día que se recibe el pago. El banco no le enviará su cheque de vuelta. Si el MPCC no puede procesar su pago electrónicamente, entonces será procesado como una transacción bancaria. La prueba de pago y confirmación será su estado de cuenta que indicará la transacción como "CMS Medicare."

SI SU NOMBRE, APELLIDO O DIRECCIÓN HAN CAMBIADO O ES DIFERENTE AL NOMBRE O DIRECCIÓN QUE APARECE EN EL FORMULARIO, FAVOR DE CORREJIR LA INFORMACIÓN EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE:

Apellido:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>	MI:	<input type="text"/>
Número de la calle:	<input type="text"/>	Nombre de la calle:	<input type="text"/>		
P.O. Box:	<input type="text"/>	Número de apartamento:	<input type="text"/>		
Ciudad:	<input type="text"/>	Estado:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/> - <input type="text"/>