

# AVISO DE PAGO VENCIDO DE LA PRIMA DE MEDICARE

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS  
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

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	=	Cantidad Total
----------------------------------	---	-----------------------------	---	-------------------

Cantidad que debe para _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Cantidad atrasada _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<b>Cantidad total que debe</b>			\$ _____	
La Parte A vence el:				
La Parte B vence el:		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 no pagar las primas puede llevar a la cancelación de su seguro Medicare. Si su seguro Medicare vence, usted puede volver a solicitar sólo durante el Período de Inscripción General en los meses de enero, febrero y marzo de cada año. Si usted vuelve a solicitar, su seguro comenzará a cubrirlo el 1 de julio del año en que solicite. Favor de fijarse que la cantidad que tiene que pagar *puede* ser más alta por la interrupción del seguro.
- Aún si se vence su seguro de Medicare usted tiene que pagar el total de la prima que venció.
- Si usted desea inscribirse para que sus pagos de prima sean deducidos automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros, a través del Centro de Documentación Automatizado, (Automated Clearing House, ACH, por su sigla en inglés) llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si usted tiene alguna pregunta sobre el seguro Medicare, este aviso, o la cantidad que tiene que pagar, escriba o visite cualquier oficina del Seguro Social, o llame al 1-800-772-1213. Las personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral deben llamar al 1-800-325-0778.

### MENSAJES ESPECIALES

#### INFORMACIÓN SOBRE LA FACTURA

Las fechas que aparecen en la línea de “Cantidad que debe para,” reflejan el período actual de facturación. Sin embargo, si esta es la primera factura que usted ha recibido, “la cantidad total que debe” podría incluir primas que debía antes del período actual de facturación.

#### 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"/>