

AVISO DE PAGO VENCIDO DE LA PRIMA DE MEDICARE

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS E.E.U.U.
CENTROS DE SERVICIOS 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 371384
Pittsburgh, PA 15250-7384

| | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|-------------------|
| Seguro de Hospitalización Parte A | + | Seguro Médico Parte B | = | Cantidad Total |
|---|---|-----------------------------|---|-------------------|

Cantidad que debe para
Cantidad atrasada

Cantidad total que debe

La Parte A vence el:

La Parte B vence el:

Pagar en o antes de:

Último pago recibido: _____ el _____.
Su pago se tiene que recibir no más tarde de _____. Pagos que se reciban después de esta fecha se incluirán 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 equivocado, marque la cajilla y llene la forma al reverso de este aviso.
- Si la persona ha fallecido, marque la cajilla.

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:

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

- - -

ENVÍE SU PAGO A:

FECHA DE VENCIMIENTO: - -

MEDICARE PREMIUM COLLECTION CENTER
P.O. BOX 371384
PITTSBURGH, PA 15250-7384

FIRMA:

INFORMACION IMPORTANTE PARA CLIENTES DE MEDICARE

- El no pagar las primas puede llevar a la cancelación de su seguro Medicare. Si su seguro Medicare se vence, usted puede volver a aplicar solo durante el Período de Inscripción General en los meses de enero, febrero y marzo de cada año. Si usted vuelve a aplicar, su seguro comenzará a cubrirlo el 1 de julio del año en que aplique. Por favor fíjese que la cantidad que tiene que pagar *puede* ser mayor por la interrupción del seguro.
- Aun si se vence su seguro de Medicare usted tiene que pagar el total de la prima que ya se 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, pos sus siglas en inglés) llame al 1-800-MEDICARE (633-4227). Para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral llame 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 de la Administración del Seguro Social, o llame al 1-800-772-1213. Para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral llame al 1-800-325-0778.

MENSAJE ESPECIAL

(Exclusivamente para uso de CMS. Por favor no escribir en este espacio.)

INFORMACIÓN ACERCA DE LA FACTURA

Las fechas que aparecen junto a "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.

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

| | | | |
|---------------------|----------------------|------------------------|---|
| Apellido: | <input type="text"/> | Nombre: | <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"/> |