



Offered by



Formulario de opción de pago

Si necesita información en otro idioma o formato (Braille), comuníquese con Community HealthFirst.

Nombre del miembro (en letra de imprenta): _____ N.º de ID del miembro: _____

Por la presente, autorizo a Community Health Plan (el plan) a deducir de mi cuenta los pagos de la prima mensual de mi seguro, tal como indico a continuación:

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede elegir pagar su prima todos los meses mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Si califica para recibir ayuda adicional de Medicare para cubrir sus gastos de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la suma que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, todos los meses recibirá una factura.

Por favor, elija una opción de pago de prima:

☐ Recibir una factura y pagar mensualmente con cheque personal

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual desde su cuenta bancaria. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta (en letra de imprenta): _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorro

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones). Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.

Firmas

Esta autorización tendrá vigencia hasta que el plan reciba una notificación por escrito de mi parte, en la que informe que finaliza su vigencia, en tiempo y forma razonables para que el plan y la institución financiera tengan oportunidad de dar curso a la solicitud. Si mi banco o el Seguro Social no cumplen con alguna deducción, se considerará que mi prima está impaga. El plan me pedirá que pague el monto adeudado, más un cargo de \$20 por fondos insuficientes (NSF), ya sea por un cheque devuelto o por operaciones de deducción automática para pagos. Después de que el plan reciba el pago en forma oportuna, se reanudarán las deducciones. En caso de incumplimiento de dos o más deducciones, el plan tendrá derecho a suspender el plan de pago preautorizado. El plan podrá notificarme por adelantado cuando cambie el monto a deducir o el día en que se haga la deducción. El plan podrá revisar los términos de este acuerdo en cualquier momento mediante notificación por escrito.

Firma del miembro

Fecha