



Formulario de opción de pago

1111 3rd Ave, Ste 400, Seattle WA 98101 | Teléfono: 1-800-944-1247 (TTY: 711) | Fax: 206-613-5089

Si necesita información en otro idioma o formato (braille), comuníquese con nosotros.

Proporcione la siguiente información

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

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

Pago de la prima de su plan

Todos los meses puede pagar la prima mensual de su plan (esto incluye cualquier multa por inscripción tardía que le hayan impuesto o que deba) por correo postal o EFT (transferencia electrónica de fondos). 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 "Extra Help" 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 solo paga una porción o esta prima, le facturaremos el importe que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, todos los meses recibirá una factura.

Elija una opción de pago de prima:

- ☐ **Pago mensual con cheque personal tras recibir una factura.**
☐ **Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses.**

Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: ☐ **Corriente** ☐ **Caja de ahorros**

- ☐ **Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).** Recibo beneficios mensuales del/la: ☐ **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 apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor 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 por sus primas mensuales).

- ☐ **Pago en línea con su tarjeta de crédito o débito.** Pagaré mi prima mensual del plan directamente a través de E-Bill Express, una herramienta de pago en línea. Cuando sea miembro, me inscribiré en E-Bill Express para hacer pagos únicos o configurar pagos periódicos automáticos de mi tarjeta de crédito o débito. Para obtener más información o inscribirse en esta opción de pago, ingrese a nuestro sitio web:

[medicare.chpw.org/es/member-center/member-self-service/pay-your-bills](https://www.medicare.chpw.org/es/member-center/member-self-service/pay-your-bills)

Firma

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