



Gracias por su interés en el Pago Fácil de Medicare. Al completar y devolver el formulario de Acuerdo Para Autorizar Pagos Pre-autorizados (SF-5510), usted está autorizando a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra el programa de Medicare, deducir la prima mensual de Medicare de su cuenta bancaria. Este aviso le informa lo que sucede una vez que complete y devuelva el formulario.

### **¿Qué información necesito para llenar el formulario?**

El formulario pide información básica sobre usted y su banco (también conocida como institución financiera). **Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare y un cheque en blanco de su banco cuando llene el formulario.**

### **A continuación, algunos consejos para ayudarle a llenar el formulario:**

- El "Nombre de la persona/organización" es su nombre como aparece en su tarjeta de Medicare.
- Su "Número de Identificación de la Cuenta de su Agencia" es su Número de Medicare de 11 caracteres de su tarjeta de Medicare.
- El "Tipo de Pago" debe ser "Primas de Medicare".
- Su "Número de Ruta de Nueve Dígitos" es el número que se encuentra en la esquina inferior del lado izquierdo de su cheque.
- El "Título de la Cuenta" es el nombre del titular de la cuenta corriente o de ahorros.
- El "Número de Cuenta" es el número de cuenta corriente o de ahorros (no use espacios ni símbolos).
- La "Firma y el Título del Representante" se debe completar solo si alguien de su banco lo ayuda a completar el formulario.

**Si está usando una cuenta de cheques para pagar sus primas, adjunte un cheque en blanco, anulado.** Lo utilizaremos para validar los números de enrutamiento y de cuenta que proporcionó en el formulario.

### **¿Dónde envió el formulario completado?**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Centro de Cobro de Primas Medicare  
Apartado Postal 979098  
St. Louis, MO 63197-9000

### **¿Qué pasa una vez envíe el formulario?**

Procesaremos la solicitud tan pronto la recibamos. A veces esto puede tomar de 6-8 semanas. Si no podemos procesar su formulario, se lo devolveremos con una carta explicando el por qué.



---

Una vez que su formulario se haya procesado exitosamente, sus Aviso de Medicare de Primas Debidas (formulario CMS-500) indicará "ESTO NO ES UNA FACTURA" en la esquina superior derecha, indicando que sus deducciones automáticas comenzarán. Hasta entonces, tendrá que pagar sus primas de Medicare de otra manera. (Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre las formas de pagar sus primas).

### **¿Cómo funcionan las deducciones bancarias automáticas?**

Deduciremos la prima de su cuenta bancaria, usualmente el día 20 de cada mes. Aparecerá en su estado de cuenta como un "Procesamiento de Información Automatizado (ACH en inglés) para la Prima de Medicare CMS". Su deducción inicial de ACH puede ser de hasta 3 meses de primas. Después de la deducción inicial, la prima de 1 mes más \$10 es la deducción máxima mensual.

Si debe más de estos límites, no será posible deducir sus primas. Una vez que la cantidad que debe esté dentro de los límites, sus deducciones automáticas podrán comenzar. Hasta entonces, tendrá que pagar sus primas de Medicare de otra manera.

**Trataremos de deducir la prima una vez al mes. Si su banco rechaza o devuelve la deducción de su prima, le enviaremos una carta con instrucciones sobre otras maneras de pagar sus primas.**

### **¿Tengo que hacer algo cuando la cantidad de mi prima cambie?**

No, nosotros automáticamente deduciremos la nueva cantidad.

### **¿Qué pasa si quiero cambiar las cuentas bancaria o cancelar el Pago Fácil de Medicare?**

Llene otro [formulario de Acuerdo Para Autorizar Pagos Pre-autorizados \(SF-5510\)](#), e indique el tipo de cambio que desea hacer. Envíe por correo el formulario completado a la dirección anterior. Puede tomar de 6 a 8 semanas cambiar su cuenta bancaria. Puede obtener un formulario nuevo en [Medicare.gov](http://Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene el derecho de solicitar información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](http://Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**ACUERDO PARA AUTORIZAR PAGOS PREAUTORIZADOS****Centros de Servicios de Medicare y Medicaid****Ley de Reducción de Papeleo/Ley de Privacidad**

La información solicitada en esta forma es requerida bajo 15 USC, Capítulo 41, 12 CFR 205 y 31 CFR 202 y 206, con el propósito de autorizar al Departamento del Tesoro a designar instituciones financieras a cobrar pagos electrónicamente de su cuenta. Esta información será utilizada para igualar la información de los expedientes de la agencia de gobierno con aquellas instituciones financieras para dirigir sus pagos al punto que usted autorice. Ninguna transacción de cobro electrónico se podrá hacer de su cuenta a menos que se reciba una forma de autorización firmada. Proveer esta información es voluntario, sin embargo, fallar en el suministro de esta información puede atrasar o prevenir el cobro electrónico de su pago a través de la Oficina de Compensación Automatizada (ACH, por sus siglas en inglés). No se le requiere responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 1530-0015. Estimamos que el tiempo aproximado para completar esta forma es 15 minutos.

**SELECCIONE UNO:** **COMENZAR** **CAMBIAR** **CANCELAR****INFORMACIÓN PERSONAL/COMPAÑÍA****NOMBRE PERSONAL/ORGANIZACIÓN: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)****DIRECCIÓN:****CIUDAD/ESTADO:****CÓDIGO POSTAL:****CÓDIGO DE ÁREA:****NÚMERO DE TELÉFONO:****NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA DE SU AGENCIA:****TIPO DE PAGO:**

Yo autorizo el inicio de la deducción de mi cuenta y la institución financiera nombrada a continuación de retirar de la cuenta. Yo entiendo que seré notificado si la cantidad que se va a retirar tiene que ser ajustada, ya sea por un aumento o reducción. Yo además entiendo que tengo el derecho de cancelar el pago automático notificando a mi institución financiera por escrito tres días antes del día que mi cuenta sea cobrada.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INSTITUCIÓN FINANCIERA****NOMBRE DE INSTITUCIÓN FINANCIERA:****DIRECCIÓN:****CIUDAD/ESTADO:****CÓDIGO POSTAL:****NUEVE DÍGITOS DE NÚMERO DE RUTA:****TÍTULO DE CUENTA:****NÚMERO DE CUENTA:** **CHEQUES** **AHORROS****FIRMA Y TÍTULO DE REPRESENTANTE:****NÚMERO DE TELÉFONO:****CÓDIGO DE ÁREA:****FECHA:**