DEPARTMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard,
Baltimore, Maryland 21244-1850

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

¿Qué información necesito para llenar la solicitud?

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 la solicitud.**

A continuación, algunos consejos para ayudarle:

Cuando la solicitud pida:	Haga lo siguiente:
Nombre Personal/ Organización	Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
Número de Identificación de la Cuenta de su Agencia	Escriba el número que aparece en su tarjeta de Medicare.
Tipo de Pago	Escriba "Las primas de Medicare".
Nueve Dígitos de Número de Cuenta	Escriba el número que aparece en la esquina izquierda inferior de su cheque.
Título de Cuenta	Escriba el nombre del dueño/a de la cuenta bancaria o la persona que tiene poder legal.
Número de Cuenta	Escriba el número de la cuenta de ahorros o cuenta de cheques (no use espacios ni símbolos).

Si está usando una cuenta de cheques para pagar la prima, adjunte un cheque anulado de su cuenta de cheques.

¿Dónde debo enviar la solicitud?

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Medicare Premium Collection Center
P.O. Box 979098
St. Louis, MO 63197-9000

CMS Product No. 11636-S
January 2013

¿Qué pasa una vez envíe la solicitud?

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

Dos cosas sucederán cada mes después de que su solicitud sea procesada:

1. Usted recibirá un "Aviso de Medicare de Primas Debidas" explicando: "Esto no es una factura" y le permite saber que la prima se deducirá de su cuenta bancaria.

2. Deduciremos la prima de su cuenta bancaria (normalmente el día 20 de cada mes). Aparecerá en su estado de cuenta como un "Procesamiento de Información Automatizado (ACH en inglés)".

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 cómo hacer un pago directamente a Medicare.

¿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 otra solicitud de Acuerdo Para Autorizar Pagos Pre-autorizados (Forma Estándar 5510-S), e indique el tipo de cambio que desea hacer. Usted puede obtener la solicitud en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE.

CMS Product No. 11636-S
January 2013

ACUERDO PARA AUTORIZAR PAGOS PREAUTORIZADOS

OMB No. 1510-0059
Fecha de Caducidad: 4/30/2017

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 1510-0059. 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:**		