

CÓMO LEER “EL AVISO DE PAGO VENCIDO DE LA PRIMA DE MEDICARE” FORMULARIO (CMS-500)

FECHA DE ENVIO DEL AVISO

La fecha del aviso seleccionado para impresión para este período de facturación.

NÚMERO DE CUENTA

Su número de reclamo de Medicare. *Por favor escriba este número en su cheque o giro postal.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

- Cantidad que debe por la Parte A y/o B. *Si esta es la primera factura que ha recibido, puede incluir las primas adeudadas de los meses anteriores aún no facturados.
- Cantidad atrasada y facturada por la Parte A y/o B.
- Cantidad que debe por concepto de IRMAA de la Parte D.
- Cantidad atrasada y período ya facturado por el IRMAA de la Parte D.

FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en la cual se le cancelará su seguro de Medicare si no paga la “cantidad adeudada”. La fecha de vencimiento sólo se muestra en los avisos finales y delincuentes.

PARTE DE PAGO

Corte o arranque la parte inferior del aviso y regrésela con su pago (o la información de tarjeta de crédito).

CANTIDAD QUE PAGA

Escriba la cantidad exacta de su cheque, giro postal o pago con tarjeta de crédito.

NÚMERO VISA/MASTERCARD/AMERICAN EXPRESS/ DISCOVER

Usted puede pagar las primas con Visa, Mastercard, American Express o tarjeta de crédito Discover. Para usar esta opción, escriba el número de cuenta de su tarjeta de crédito, fecha de vencimiento, y firme el formulario. Pagos con tarjeta de crédito requieren de una firma y deben ser devueltos en el sobre proporcionado.

CMS-500 (09/11)
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

AVISO DE PAGO VENCIDO DE LA PRIMA DE MEDICARE

FECHA DE ENVIO DEL AVISO: mm/dd/yyyy _____

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 790355
St. Louis, MO 63179-0355**

	Seguro de Hospital + Parte A	Seguro Médico Parte B	IRMAA (ajuste por ingreso) de la Parte D	Cantidad Total	
Cantidad que debe por la Parte A y/o B	mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy	\$00.00	\$00.00	\$00.00	\$00.00
Cantidad atrasada por la Parte A y/o B	mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy	\$00.00	\$00.00	\$00.00	\$00.00
Cantidad que debe por concepto de IRMAA de la Parte D	mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy	\$00.00	\$00.00	\$00.00	\$00.00
Cantidad adeudada por el IRMAA de la Parte D	mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy	\$00.00	\$00.00	\$00.00	\$00.00

LA PARTE A VENCE EL: _____

LA PARTE B VENCE EL: _____

CANTIDAD TOTAL QUE DEBE: \$00.00

PAGAR EN O ANTES DEL: mm/dd/yyyy

Último pago recibido \$00.00 el mm/dd/yyyy.

Para asegurarse que su pago sea procesado a tiempo, debe recibirse antes del mm/dd/yyyy. Pagos recibidos después de esta fecha serán incluidos 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 incorrecto, marque la caja y rellene la forma al reverso de este aviso.

Si la persona ha fallecido, marque la caja.

NÚMERO DE CUENTA: _____

Indique número de cuenta en el cheque o giro postal.

CANTIDAD QUE PAGA: \$ _____

CANTIDAD QUE DEBE: \$00.00 VENCE EL: mm/dd/yyyy

ESCRIBA CHEQUE O GIRO POSTAL A NOMBRE DE: CMS MEDICARE INSURANCE

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO O ESTAMPILLAS.

ENVÍE SU PAGO A:
MEDICARE PREMIUM COLLECTION CENTER
P.O. BOX 790355
ST. LOUIS, MO 63179-0355

NÚMERO DE VISA/MASTERCARD/AMERICAN EXPRESS/DISCOVER: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: ____-____-____

FIRMA: _____

(al dorso)

TIPO DE AVISO

Algunos beneficiarios son facturados mensualmente o cada trimestre. Si usted paga por la Parte A o el IRMAA de la Parte D, se le facturará mensualmente, si este cuadro dice:

- **1er Aviso**, significa que los pagos son recibidos a tiempo y/o este es su primer aviso.
- **2do Aviso**, significa que se ha atrasado en el pago por lo menos 60 días.
- **Aviso Delincuente**, significa que se ha atrasado en el pago por lo menos 90 días y podría perder la cobertura de Medicare.
- **Aviso de Sucesión**, significa que un pago se debe por un beneficiario fallecido.
- **Esto No Es Una Factura**, significa que el pago será deducido de su cuenta bancaria (usualmente el 20 de cada mes).

PARTICIPACIÓN EN LA PARTE A, PARTE B Y D

Algunas personas con Medicare pagan por:

- Seguro de Hospital (Parte A) solamente,
- Seguro Médico (Parte B) solamente, * Algunas personas pagan más que la prima estándar de la Parte B, ya que se inscribieron tarde, se dieron de baja del Programa de Medicare y más adelante se re-inscribieron, tienen un mayor ingreso anual (y son sujetos a un ajuste mensual relacionados con sus ingresos o IRMAA).
- IRMAA de la Parte D solamente, esta cantidad para la Parte D es adicional a la cantidad de la prima de la Parte D de Medicare.
- Más de una parte (Parte A y Parte B, IRMAA Parte D).

CANTIDAD TOTAL QUE DEBE

Esta es la cantidad que debe ahora. Es el total de la cantidad actual y adeudadas para este ciclo de facturación.

FECHA DE PAGO

El pago de su prima debe hacerse en on antes del 25 de cada mes.

MARQUE LA CAJA

Marque el casillero que corresponda.

DIRECCIÓN DE PAGO

Envíe su cheque o giro postal con parte inferior del aviso (o información de tarjeta de crédito) en el sobre de retorno proporcionado.

