

Pago con transferencia electrónica de fondos (EFT)

Cuando se registra para realizar transferencias electrónicas de fondos (EFT), su prima mensual del plan se paga automáticamente todos los meses. Los pagos se realizan de manera electrónica desde su cuenta corriente o caja de ahorros. Este método no incluye cargos de registro o transacción.

1. Registrarse es fácil:

Para enviar pagos desde cuentas corrientes y de ahorro, descargue un formulario de azblue.com/medicare

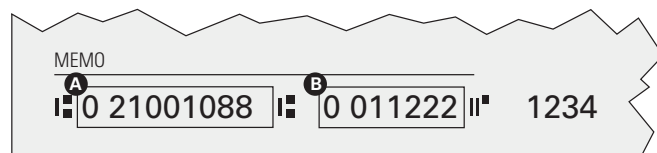
O envíe por correo el siguiente formulario junto con el nombre de la institución financiera, su número de cuenta y el número de ruta bancaria. **No olvide firmar el formulario.**

2. Su solicitud se procesará en cuanto recibamos la confirmación de su información y el estado de la cuenta.

Completar su solicitud puede demorar hasta dos meses. Su opción de pago actual se mantendrá hasta que este cambio entre en vigencia. Si paga sus primas por correo, continúe haciéndolo hasta que se active la EFT. Las primas pendientes de pago cuando la EFT surta efecto se deducirán en ese momento para actualizar su cuenta. Su prima

puede cambiar cada año. Consulte el Aviso anual de cambios (ANOC) para obtener información sobre los cambios de la prima.

3. Recibirá la confirmación por escrito de su inscripción en el programa. El monto total adeudado se deducirá de su cuenta alrededor del día cinco de cada mes.



A El número de ruta bancaria está compuesto por nueve caracteres y aparece entre los **Ⓜ** símbolos, generalmente en la esquina inferior izquierda de su cheque.

B Su número de cuenta tiene entre 5 y 17 caracteres y aparece junto al símbolo **Ⓜ** en la parte inferior de su cheque, generalmente a la derecha de su número de ruta bancaria.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre el pago, llame gratis a Servicios para Miembros de Blue MedicareRx al **1-855-201-6903 (TTY: 711)**. Horas de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Autorización de pago

Autorizo a mi banco o institución de ahorro a realizar pagos a Blue MedicareRxSM (PDP) desde la cuenta que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si llamo al departamento de Servicio al Cliente para interrumpir el pago automático. Acepto mantener fondos suficientes en la cuenta para permitir estas deducciones. Si el banco rechaza el pago a causa de fondos son insuficientes o por cualquier otro motivo, mi cuenta de EFT se cancelará de inmediato y recibiré una factura en papel por el siguiente ciclo de facturación. La institución no tendrá responsabilidad financiera, salvo que esta o el plan cometan un error. La institución puede aplicar un cargo por no tener fondos suficientes.

Nombre:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):
Dirección (ciudad, estado, código postal):		
Número de identificación de miembro:		Teléfono: ()
Institución financiera:	Cuenta corriente	Número de ruta bancaria:
	Estado de caja de ahorros (sin libreta)	Número de cuenta bancaria:
Firma:		Fecha:
Firma del miembro de Blue MedicareRx (si no es titular de la cuenta bancaria):		Fecha:

Incluya este formulario en el sobre con franqueo pagado o envíe el formulario a Blue MedicareRx, P.O. Box 269029 Weston, FL 33326-9029



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association