

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 por registro o por transacción.

1 Registrarse es fácil:

Pagos desde una cuenta corriente o caja de ahorros

Regístrese para las EFT, una deducción del Seguro Social o una deducción de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios en línea en

www.YourAZMedicareSolutions.com/AZChangePayment.

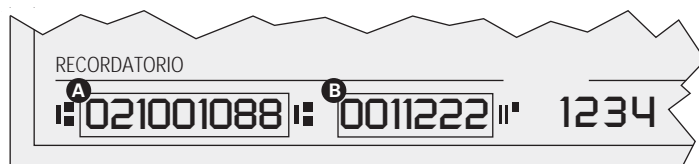
También puede enviar el formulario que figura abajo por correo junto con el nombre de la institución financiera, su número de cuenta y el número de ruta bancaria. **No olvide firmar el formulario.**

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.

¿Tiene preguntas? Llame al departamento de servicio al cliente de Blue MedicareRx sin cargo al **1-833-229-3593** (TTY: **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.

Autorización de pago

Autorizo a mi banco o institución de ahorro a que realice pagos a Blue MedicareRxSM (PDP) de la cuenta que figura abajo. 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:	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	Número de ruta bancaria:
	<input type="checkbox"/> Estado de caja de ahorros (sin libreta)	Número de cuenta bancaria:
Firma:	Fecha:	
Firma del miembro de Blue MedicareRx (si no es el 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 3777, Scranton, PA 18505.



Un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association