

EL PROGRAMA DE PAGO DIRECTO DE MVP

¡Una Manera Más Conveniente de Pagar Su Prima Mensual de Child Health Plus!

Ahora puede programar que su prima mensual de Child Health Plus se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria. El Plan de Pago Directo de MVP es confiable, flexible, conveniente y fácil.

El Programa de Pago Directo de MVP Funciona Así

Usted nos autoriza que se hagan pagos programados regulares de su cuenta bancaria completando y devolviendo el formulario en la próxima página. Sus pagos se harán automáticamente cerca del quinto día hábil de cada mes. La prueba del pago aparecerá en su estado de cuenta.

El monto de su pago será por la cantidad exacta de su cuenta mensual de Child Health Plus.

La autorización que nos dé para cargar su cuenta permanecerá en efecto hasta que nos notifique por escrito de cancelar la autorización.

Para aprovechar este servicio, llene por completo el formulario que aparece atrás de esta carta y envíelo de vuelta. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY 1-800-662-1220), de lunes a viernes, de 8:30 am-5:00 pm.

Lo único que debe hacer es:

1. Proveer toda la información solicitada en la página 2 de el formulario de atrás y firmar donde se indica.
2. Adjuntar un cheque cancelado para motivos de verificación de toda la información de la institución financiera.
3. Envíe por correo su formulario firmado y completado junto con un cheque cancelado a:
ATTN: ACCOUNTS RECEIVABLE
MVP HEALTH CARE
303 S BROADWAY STE 321
TARRYTOWN NY 10591-5455
4. MVP le enviará una carta de confirmación acusando recibo de su información y le informaremos la fecha en que se efectuará la primera deducción automática a su cuenta. Por favor siga haciendo los pagos de su prima mensuales hasta que reciba la carta de confirmación. Estos pagos se pueden hacer por cheque, giro postal o de forma electrónica en el sitio www.mvphealthcare.com.
5. **Por favor no olvide firmar y fechar el formulario de autorización y adjuntar un cheque cancelado.**



Solicitud de Nuevo, Modificación, o Cancelación

Marque uno:

<input type="checkbox"/> NUEVA autorización de pago directo. Por favor provea toda la información pedida debajo para activar su plan de pago directo. Debe adjuntar un cheque cancelado, firmar este formulario, y devolverlo por correo a MVP a la siguiente dirección.	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN di una autorización existente de Pago Directo. Por favor provea toda la información pedida debajo para hacer un cambio en su plan de pago directo. Debe adjuntar un cheque cancelado, firmar este formulario, y devolverlo por correo a MVP a la siguiente dirección.	<input type="checkbox"/> CANCELACIÓN de una autorización de pago directo. Por favor complete la sección de Información del Afiliado debajo y devuelva este formulario firmado a la siguiente dirección.
---	--	--

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del Jefe de Hogar _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Postal Código _____

Número Telefónico Durante el Día _____ Número del Afiliado de MVP _____

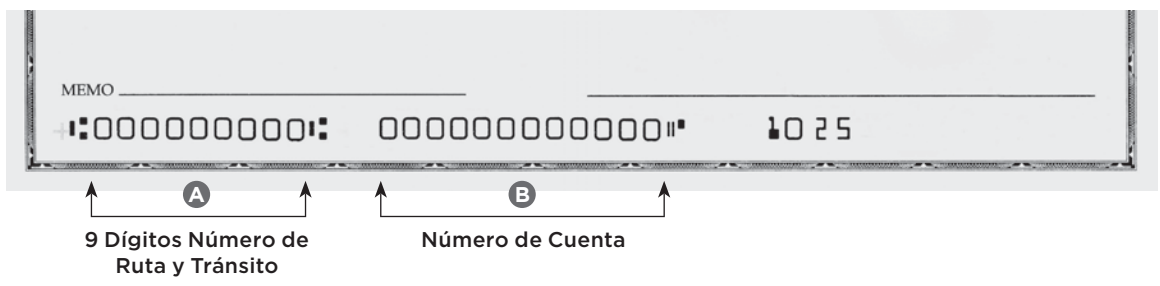
AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO

Nombre de la Institución Financiera (por favor escriba en letra de molde) _____

Ciudad y Estado de la Institución Financiera _____

Número de Ruta y Tránsito de la Institución Bancaria (9 dígitos) **A** _____ Número de Cuenta en su Institución Financiera **B** _____

▼ Adjuntar Cheque Cancelado Aquí Mismo ▼



Por este medio autorizo a MVP Health Care retirar cerca del quinto día hábil de cada mes el monto debido a MVP Health Care por la provisión de beneficios de salud. En caso de que se efectúe un pago de forma de retiro automático bancaria, será responsabilidad del Afiliado verificar que estos pagos han sido debidamente retirados de su cuenta bancaria y el Afiliado se hará cargo de notificar a MVP Health Care en caso de cualquier cambio a la información relacionada con la cuenta bancaria del Afiliado para propósitos de asegurar la efectucción debida de los pagos. Reconozco que la procedencia de transacciones de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House o ACH en ingles) a mi cuenta deben cumplir con las disposiciones de la ley de los Estados Unidos. La autorización permanecerá en efecto hasta que yo la cancele por escrito a MVP Health Care.

Firma del Titular de la Cuenta *Fecha*

Envíe este formulario completado a: ATTN: ACCOUNTS RECEIVABLE
 MVP HEALTH CARE
 303 S BROADWAY STE 321
 TARRYTOWN NY 10591-5455

Usted recibirá una carta para confirmar su petición. Por favor guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Office Use Only Date Received _____ Date Entered _____