CCHP Health Plan

445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
Tel: (415) 955-8800 • Fax: (415) 955-8817

CCHP use only
Finance: Entry date _____
Member Services or Sales: Recv'd date _____
DST entry date _____

Chinese Community Health Plan
Formulario de Autorización para Retiro Bancario de los Planes Medicare Advantage

Información sobre el Miembro

Nombre del Suscriptor: _____
(como se muestra en su tarjeta de ID de Miembro)

ID de Miembro: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Financial Institution Information

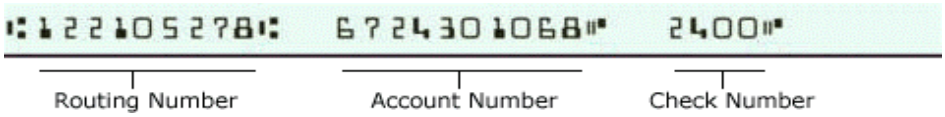
Nombre de la Institución Financiera: _____

Nombre del Titular de la Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: ☐Cheques ☐Ahorros

Código de Identificación Bancaria: _____ Número de Cuenta Bancaria: _____

Monto de la Prima: $_____ al mes empezando _____

Por favor, adjunte un cheque anulado o un recibo de depósito aquí.
Usaremos esta información para retirar la prima mensual de su plan de la cuenta que usted especifique en el formulario.



NOTA: Si selecciona el retiro automático como su opción de pago para la prima de su plan, usted recibirá la facturación mensual de la prima **y no tendrá que enviarnos su pago**. El monto de la prima del plan se retirará automáticamente de la cuenta. Su confirmación bancaria será la prueba de pago. Si no hay fondos suficientes en la cuenta o si la cuenta se congela/cierra en la fecha del retiro, CCHP le cobrará una tarifa de $15 por separado.

Por favor Lea y Firme lo Siguiente
Este acuerdo es entre Chinese Community Health Plan ("CCHP") y el miembro de CCHP para el retiro automático de fondos. Los fondos se transferirán alrededor del día 25 de cada mes y se utilizarán para pagar la prima mensual. Si el día 25 del mes cae en un fin de semana o feriado, el Pago automático se debitará de su cuenta el siguiente día hábil. Autorizo a Chinese Community Health Plan a instruir a mi institución financiera para que realice los pagos de primas del plan de la cuenta indicada anteriormente. Entiendo que si decido suspender este método de pago en cualquier momento, notificaré a CCHP por escrito y realizaré el pago de la prima del plan utilizando un método alternativo. Firma:_____Fecha:_____
Por favor, envíe el formulario por fax al: 415-955-8817 o envíelo por correo a: CCHP, 445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108 antes del día 10 del mes para que los cambios entren en vigor el primer día del mes siguiente. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con el Centro de Servicios para Miembros de CCHP al 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Otros Métodos de Pago:

Ubicaciones/Métodos de Pago	Tarjeta de crédito Tarjeta de débito	Cheque personal Cheque de caja Giro postal	Efectivo	Tutorial para pagar en línea
Chinese Community Health Plan 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108		○ Por correo		
Member Services Center 890 Jackson St, San Francisco, CA 94133	○ En persona	○ En persona		○ En persona
Gellert Health Services 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015	○ En persona			○ En persona
Bank of the Orient 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			○ En persona con talón de pago de facturación	
CCHP Website http://cchphealthplan.com/how-to-pay	○ Electronica			