



MHS y Ambetter de MHS
550 N. Meridian Street, Ste. 101
Indianapolis, IN 46204

- 1 Identificación del miembro:
XXXXXXXXXXXXXX
N.º de factura: XXXXXXXXXXXXX
N.º de factura: 15/12/2017
- 2 Fecha de vencimiento: 31/12/2017

3

| | | |
|---|-----------------------|---------|
| Contribución a la cuenta POWER en el HIP | 01/01/2017-01/31/2017 | \$15.00 |
| Descuento reinvertido del estado | | \$0.00 |
| Cantidad actual adeudada | | \$15.00 |
| Recargo por usuario de tabaco | | \$0.00 |
| Cantidad previa adeudada/Crédito en la cuenta | | \$15.00 |

4

Gracias por elegir a MHS como su opción para una mejor atención a la salud. Usted es un miembro totalmente elegible para el HIP Plus. Esta factura es un recordatorio de que su pago mensual de Contribución a la cuenta POWER (POWER Account Contribution, PAC) está vencida.

HIP Plus brinda la cobertura de mejor valor e incluye servicios dentales, de la vista y quiroprácticos. Envíe su pago hoy para continuar recibiendo sus beneficios médicos, dentales, de la vista y quiroprácticos. ¿Tiene recompensas de la cuenta My Health Pays®? ¡Puede usarlos para pagar su Contribución a la cuenta POWER!

Para preguntas sobre facturación, para recibir este estado de cuenta por correo electrónico, o en otro idioma, o para conocer más sobre la cobertura del HIP Plus, visite nuestro sitio web en mhsindiana.com o llame a los Servicios del miembro de MHS al 1-877-647-4848.

5

Desprenda y devuelva la porción inferior con el pago



550 N. Meridian Street, Ste. 101
Indianapolis, IN 46204

Redacte el cheque pagadero a nombre de:
MANAGED HEALTH SERVICES

N.º de factura [12345678912]
Fecha de vencimiento [31/12/2017]

| Nombre del miembro | Número de identificación del miembro | Fecha de vencimiento | Cantidad adeudada | Cantidad adjunta |
|--|--------------------------------------|----------------------|---|------------------|
| [Nombre del miembro] | [XXXXXXXXXXXXXX] | 31/12/2017 | \$15.00 | |
| Número de tarjeta de crédito | | | Valor de verificación de la tarjeta (CVV) | |
| Firma | | | Fecha de vencimiento | |
| MHS acepta Discover, MasterCard y Visa | | | | |

6 MANAGED HEALTH SERVICES
Mailstop 16253487
PO Box 660160
Dallas, TX 75266-0160

Los miembros del HIP Plus pagan una contribución mensual asequible, en función del ingreso. La siguiente tabla muestra esas cantidades. Si usted reúne los requisitos para el HIP y utiliza tabaco, puede tener un incremento en la Contribución a la cuenta POWER en el segundo año de cobertura.

7

| Tier | Monthly PAC Single Individual | Monthly PAC Spouses | PAC with Tobacco Surcharge | Spouse PAC when one has tobacco surcharge | Spouse PAC when both have tobacco surcharge (each) |
|------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|---|--|
| 1 | \$1 | \$1 | \$1.50 | \$1 & \$1.50 | \$1.50 |
| 2 | \$5 | \$2.50 | \$7.50 | \$2.50 & \$3.75 | \$3.75 |
| 3 | \$10 | \$5 | \$15 | \$5 & \$7.50 | \$7.50 |
| 4 | \$15 | \$7.50 | \$22.50 | \$7.50 & \$11.25 | \$11.25 |
| 5 | \$20 | \$10 | \$30 | \$10 & \$15 | \$15 |

8 Pago: Las contribuciones mensuales deben haberse pagado para la fecha de vencimiento indicada en su factura. Después de esa fecha de vencimiento, tiene 60 días para hacer el pago antes de que pierda la cobertura del HIP Plus.

9 No cumplir con el pago: Los miembros de HIP Plus que eligen no pagar su PAC se desafilian del HIP Plus. Si su ingreso mensual está por debajo del nivel de pobreza federal, se le inscribirá en el HIP Básico donde se exige a los miembros hacer copagos. Si su ingreso es superior al nivel de pobreza federal, perderá su cobertura de salud y no podrá volver a solicitarla durante 6 meses. Los miembros de HIP Plus con indicación de clínicamente delicados que vivan en un refugio por violencia doméstica o en un estado declarado como área de desastre pueden estar exentas del bloqueo y pueden volver a hacer la solicitud.

10 Opciones de pago: MHS acepta las siguientes formas de pago: efectivo, cheque, Recompensas My Health Pays®, MoneyGram, tarjeta de débito y crédito.

- Pague en línea en mhsindiana.com
- Pague por teléfono al 1-877-647-4848
- Pague por correo enviando el pago a Managed Health Services; Mailstop 16253487; PO Box 660160; Dallas, TX 75266
- Pague en las ubicaciones de MoneyGram (Recibir código: 15200)

Saldos de crédito y reembolsos: Los reembolsos por pagos excesivos y/o créditos se emitirán a los miembros durante el proceso de reconciliación de la cuenta POWER. Estos se realizan en el plazo de 120 días al finalizar el período de beneficios del miembro. Llame a los Servicios del miembro al 1-877-647-4848 para más información sobre los reembolsos y la reinversión.

Cargos: Se debitará una tarifa de \$25 a su cuenta por cualquier cheque que no sea pagado por su banco o cualquier devolución recibida de su emisor de tarjeta de crédito.

Informar sobre un cambio: Para informar un cambio de dirección o ingreso, visite fssabenefits.in.gov o llame al 1-800-403-0864.

CLAVE DE DESCRIPCIÓN

1. Identificación del miembro: Esta es su identificación de Medicaid. Necesitará este número para hacer un pago por teléfono o en línea. Si elige enviar un cheque o giro postal, cerciórese de incluir este número en su pago.
2. Fecha de vencimiento: Esta es la fecha de vencimiento de su pago mensual de Contribución a la cuenta POWER (PAC). (Miembros con elegibilidad condicional: si el pago no se recibe para esta fecha, su cobertura puede disminuir o finalizar).
3. Descripción del monto adeudado: Esta línea explica lo que se le está facturando. En la mayoría de los casos, ese será su pago mensual de PAC. Si es usuario de tabaco en 2019, verá su monto de recargo aquí. Si obtuvo un descuento de reinversión, verá el crédito indicado en esta tabla. Un crédito tiene un guión antes del número (-\$2.00).
4. Índice: Esta sección contribuye a explicar los próximos pasos necesarios para conservar los beneficios Plus o aspirar a Plus durante un período de elegibilidad condicional.
5. Remesa: Esta sección se debe rellenar y enviar con todos los pagos enviados por correo. Recuerde incluir también su identificación del miembro en todos los formularios de pago.
6. Dirección de correo: Todos los pagos se deben enviar a: Managed Health Services; Mailstop 16253487, PO Box 660160, Dallas TX 75266-0160
7. Tabla de niveles de PAC: Esta sección muestra la tabla de niveles PAC con los montos de recargo por uso del tabaco, los cuales se realizarán en 2019.
8. Pago: Esto describe los próximos pasos que necesita tomar en relación con el pago y lo que puede esperar.
9. No cumplir con el pago: Conlleva penalidades no cumplir con el pago, incluyendo la disminución de beneficios y la finalización potencial de la cobertura.
10. Opciones de pago: Brinda las diferentes formas de realizar el pago de la cantidad mensual de PAC.