



Formulario de autorización de débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH, por sus siglas en inglés) para los planes individuales/familiares

FAVOR DE FIJARSE BIEN: No se procesarán los formularios incompletos y se devolverán. Su póliza tiene que estar al día cuando empiece el giro de la ACH. Si su póliza no está al día, el pago automático girará/cobraré **TODAS** las primas que se deban cuando se lleve a cabo el primer giro/cobro. Cuando termine su póliza, tiene la obligación de suspender su pago automático para evitar que se hagan pagos después de la fecha de la cancelación de la póliza.

Favor de marcar uno: Solicitud de ACH nueva Actualización de la información de pago

Autorización de pagos recurrentes para las pólizas de seguro individual de True Health New Mexico.

Nombre: _____ Número del suscriptor: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo a True Health New Mexico para que inicie giros de la cuenta corriente o de ahorros que se indica a continuación y pido que la institución financiera nombrada a continuación lo gire de esta cuenta. Se guardará esta información para los pagos siguientes y se cobrará la cantidad de la prima mensual de la cuenta indicada.

Mes de inicio: _____ Se hará su pago el primer día del mes.

Para pagar con su CUENTA BANCARIA, favor de llenar esta sección.

Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

Si el titular de la cuenta bancaria no es el asegurado, el titular de la cuenta bancaria TIENE que firmar este formulario.

Favor de verificar que esté correcta la información de su cuenta. True Health New Mexico no se hace responsable de los pagos que no se procesen debido a la información incorrecta.

Al firmar este formulario, certifica que es el firmante/titular de la cuenta bancaria indicada.

Nombre como aparece en el cheque o la cuenta: _____

Código de identificación bancaria [Routing Number]: _____ Número de la cuenta: _____

Para pagar con su TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO, favor de llenar esta sección.

Si el titular de la tarjeta de crédito no es el asegurado, el titular de la tarjeta de crédito TIENE que firmar este formulario.

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Número de la tarjeta: _____ Tipo de tarjeta: Visa Mastercard Discover

Fecha de vencimiento: _____

CVV (Valor de verificación de la tarjeta; un código de tres dígitos que se encuentra al dorso de su tarjeta): _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que True Health New Mexico reciba una notificación de su revocación en la manera y con suficiente anticipación para que True Health New Mexico tenga una oportunidad razonable de tomar las acciones necesarias.

Nombre (en letra de molde, por favor): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Una vez que haya llenado este formulario, favor de enviarlo por correo a True Health New Mexico, Attn: Finance, P.O. Box 37200, Albuquerque, NM, 87176, o envíelo por fax al 1-888-966-0450.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-844-508-4677 (TTY: 711.)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-508-4677 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-508-4677 (TTY : 711) 。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-508-4677 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Korean	주의 : 한국어를 말할 때 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 1-844-508-4677 (TTY : 711)로 전화하십시오.
Tagalog-Filipino	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-508-4677 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-508-4677 (ATS: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-508-4677 (телетайп: 711).
Hindi	सावधानी: यदि आप अंग्रेजी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1-844-508-4677 पर कॉल करें (टीटीवी: 711)।
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-844-508-4677 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai	ความสนใจ: หากคุณพูดภาษาไทยมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี โทร 1-844-508-4677 (TTY: 711)



Notice of Non-Discrimination and Accessibility *Aviso de no discriminación y accesibilidad*

The following is a statement describing nondiscrimination for True Health New Mexico and the services it provides to its clients and members.

- We do not discriminate on the basis of race, color, creed or religion, sexual orientation, national origin, age, disability, or gender in our health programs or activities.
- We provide help free of charge to people with disabilities or whose primary language is not English. To ask for a document in another format such as large print, or to get language help such as a qualified interpreter, please call True Health New Mexico Customer Service at 1-844-508-4677, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. TTY: 1-800-659-8331.
- If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can report a complaint to: True Health New Mexico Compliance Hotline, <https://www.lighthouse-services.com/brighthealthgroup>. Phone (toll-free): 1-855-208-3766 (English), 1-800-216-1288 (Spanish). Email: Reports@Lighthouse-Services.com. Fax: 1-215-689-3885.

You also have the right to file a complaint directly with the U.S. Dept. of Health and Human Services online, by phone, or by mail:

- Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Phone: Toll-free: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Mail: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

Aviso de no discriminación y accesibilidad

A continuación presentamos una declaración que resume la norma de no discriminación de *True Health New Mexico* y los servicios que prestamos a nuestros clientes y asegurados.

- No discriminamos por la raza, el color, el credo o la religión, la orientación sexual, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo en nuestras actividades o programas de salud.
- Ayudamos gratuitamente a las personas que tienen discapacidades o cuyo idioma nativo no es el inglés. Para pedir un documento en otro formato, como en letra grande, o para recibir la ayuda de un intérprete calificado, favor de llamar al Centro de Atención al Cliente de *True Health New Mexico* al 1-844-508-4677, para los servicios TTY llame al 1-800-659-8331, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.
- Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede reportar una queja a: *True Health New Mexico* Compliance Hotline, <https://www.lighthouse-services.com/brighthealthgroup>. Teléfono (gratis): 1-855-208-3766 (inglés), 1-800-216-1288 (español). Correo electrónico: Reports@Lighthouse-Services.com. Fax: 1-215-689-3885.

Además, tiene derecho a presentar una queja directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [*U.S. Dept. of Health and Human Services*] ya sea en línea, por teléfono o por correo:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están a su disposición en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Por teléfono: Línea telefónica gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Por correo: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201