

# CÓMO LEER SU FACTURA

Tómese un momento para leer este instrumento que le ayudará a comprender su factura del Plan *Health and Wellness* de Iowa. Si necesita más información sobre este tema, llame al **1-800-338-8366** o al 515-256-4606 en Des Moines, Lun-Vie de 8am a 5pm.

### Factura para

Nombre y domicilio del miembro destinatario de la factura.

### Fechas importantes

La fecha de la factura es el día de envío de su factura. La fecha de vencimiento es el día que debemos recibir el cupón de pago y/o el pago.

## Iowa Health and Wellness Plan Billing Statement (Facturación del Plan *Health and Wellness* de Iowa)

000000  
Juan Pérez  
123 Main Street  
Ciudad, Iowa 00000-0000

Fecha de facturación: 25/05/15  
Fecha de vencimiento: 15/06/14  
Factura N°: 000000000000000  
ID del miembro: 0000000X

Hola, Juan Pérez

En calidad de miembro del Plan *Health and Wellness* de Iowa, tiene la obligación de pagar una contribución. En esta factura le informamos el importe y el vencimiento.

- 1** El importe total adeudado es de \$15.00. Debe pagarlo antes del 15/06/14.
- 2** Envíe el dinero junto con el cupón de pago que se adjunta. Extienda su cheque a la orden de *Iowa Health and Wellness Plan*. No envíe dinero en efectivo, ni otros documentos con su pago.
- 3** Si no puede pagar la contribución, marque la casilla que dice "dificultades económicas" ("hardship") y envíe el cupón de pago. O llame a Servicios para Miembros al 1-800-338-8366. **Importante:** Al marcar la casilla, está solicitando una exención por dificultades económicas para este mes solamente. Tendrá la obligación de abonar las contribuciones adeudadas en meses anteriores.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-338-8366**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

CORTE AQUÍ. CONSERVE LA PARTE SUPERIOR Y ENVÍE LA INFERIOR CON SU PAGO.

470-5285 (09/14)

Juan Pérez  
123 Main Street  
Ciudad, Iowa 00000-0000

Dificultades económicas: Al marcar esta casilla está solicitando una exención (para mayor información, lea al dorso).

Expida el cheque o giro a la orden de:  
Iowa Medicaid Enterprise  
Iowa Health and Wellness Plan Contributions  
PO Box 14485  
Des Moines, IA 50306-3485

Vencimiento: 15/06/14  
ID del Miembro: 0000000X 0  
Monto a pagar: \$15.00

**NO ENVÍE EFECTIVO**

Monto a pagar: **\$15.00**

Pagado: \$

### ¿Preguntas?

Llame a este número.

### Dificultades económicas

Marque esta casilla si no puede pagar la contribución de este mes. Envíe el cupón de pago al domicilio indicado.

### Envíe su pago a:

Envíe sus pagos a este domicilio.

### Información del pago

Este es el monto total que adeuda. En la casilla "Pagado", escriba el importe que enviará con el cupón. Un número por casilla, por favor.

0000000X 0 0000000000 06152015 001500 1

