

Acción requerida: Pague la prima de su Medicaid Purchase Plan
Action Required: Pay Your Medicaid Purchase Plan Premium

Una prima es una cantidad fija de dinero que debe pagar cada mes para obtener los beneficios del Medicaid Purchase Plan (MAPP). La cantidad de la prima se basa en sus ingresos y puede aumentar o disminuir si hay cambios en sus ingresos. La cobertura de atención médica no comenzará hasta que pague la prima total indicada. En algunos casos, es posible que deba pagar más de un mes de las primas antes de que comience la cobertura. La siguiente página contiene información sobre cuánto debe y cómo pagar la prima.

Cómo pagar la prima*Pago inicial de la prima*

Hay varias formas de pagar su prima inicial (primera) de MAPP:

- En el sitio web de ACCESS en access.wi.gov
- A través de la aplicación móvil MyACCESS
- Enviando por correo su estado de cuenta completo y un cheque o giro postal al:
Medicaid Purchase Plan
PO Box 93187
Milwaukee, WI 53293-0187

En la página siguiente se pueden encontrar instrucciones adicionales sobre cómo realizar este pago de la prima. Si no paga la cantidad total adeudada, no recibirá los beneficios del MAPP por los meses que solicitó.

Pago mensual de la prima

Una vez que esté inscrito, recibirá por correo los estados de cuenta mensuales de la prima que le indicarán cuánto es su prima y cómo realizar los pagos.

Su prima mensual vence el día 10 de cada mes.

¿Qué pasa si no paga?

Si no paga su prima inicial, no se le inscribirá en el MAPP.

Después de inscribirse, debe pagar su prima antes del día 10 de cada mes. Si no paga su prima mensual, perderá su cobertura al final del mes siguiente. Recibirá una carta que le indicará cuándo finaliza su inscripción en el MAPP.

Si no puede pagar su prima debido a una situación temporal difícil, comuníquese con su agencia local o tribal para solicitar una exención temporal de su prima del MAPP.

Cuánto debe

| Quién debe una prima | Mes que cubre la prima | Cantidad adeudada |
|-----------------------|------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total adeudado | | |

Preguntas

- Si tiene preguntas sobre la cantidad que debe, llame a su agencia local (dhs.wi.gov/im-agency).
- Si tiene preguntas sobre cómo pagar su prima, llame a la línea de servicios para miembros al 800-362-3002, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

Nombre y dirección

Número de caso
Fecha de vencimiento
Total adeudado

Cantidad que está pagando

\$

Envíe su cheque o giro postal a:

Quién debe una prima:

Medicaid Purchase Plan
PO Box 93817
Milwaukee, WI 53293-0187



Instrucciones:

Indique la cantidad que está pagando en la sección anterior y luego corte e incluya la sección anterior con su cheque o giro postal. Esto nos ayudará a procesar su pago lo más rápido posible.

Asegúrese de que su cheque o giro postal:

- Esté hecho a nombre del: Medicaid Purchase Plan.
- Tiene su número de caso. Su número de caso es _____.
- Es el monto total adeudado por el MAPP. Si no paga el monto total adeudado, no recibirá beneficios de MAPP por los meses que solicitó.

Envíe su cheque o giro postal y la porción superior de esta página a la siguiente dirección:

Medicaid Purchase Plan Program
WI Dept of Health Services
PO Box 93187
Milwaukee, WI 53293-0187

También puede realizar su pago en el sitio web de ACCESS (access.wi.gov) o en la aplicación móvil MyACCESS.