

# Pago de su prima del MAPP

El pago de la prima de su Medicaid Purchase Plan (MAPP, por sus siglas en inglés) vence el **día 10 de cada mes**. Pagar a tiempo le ayuda a permanecer inscrito en su programa de atención médica MAPP. Si participa en un programa de cuidado a largo plazo (Family Care, Family Care Partnership, Programa de Cuidado Integral para Ancianos [PACE, por sus siglas en inglés] o Incluir, Respetar, Autodirigirse [IRIS, por sus siglas en inglés]) y no paga su prima para el MAPP, también es probable que se cancele su inscripción al programa de cuidado a largo plazo.

## Pague su prima cada mes

Con estos métodos, deberá enviar su pago por correo postal o iniciar sesión en ACCESS para realizar el pago cada mes.

- **En línea**, mediante el sitio web de ACCESS ([access.wi.gov](http://access.wi.gov)) o la aplicación móvil de MyACCESS ([dhs.wi.gov/forwardhealth/myaccess.htm](http://dhs.wi.gov/forwardhealth/myaccess.htm)) con una tarjeta de crédito o débito o con una cuenta corriente o de ahorros.
- **Envíe** por correo un cheque o giro postal a:  
Medicaid Purchase Plan  
PO Box 93187  
Milwaukee, WI 53293-0187

## Configure pagos mensuales automáticos

Con estos métodos, puede configurar pagos regulares que se deducirán el tercer día de cada mes o poco después. Esto ayuda a garantizar que pague a tiempo y reduce el riesgo de que le cancelen la inscripción por no haber realizado un pago.

- **NUEVO** Configure **ACCESS AutoPay** en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov) para pagar automáticamente con una tarjeta de crédito o débito o con una cuenta corriente o de ahorros.
- Configure una **transferencia electrónica de fondos mensual** de una cuenta corriente o de ahorros. Para configurar la transferencia electrónica de fondos, llene el formulario Member/Employer Electronic Funds Transfer for Medicaid Purchase Plan Premiums, F-13023. Llame a su agencia local ([dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency)) para solicitar este formulario o puede encontrarlo en [dhs.wi.gov/library/collection/f-13023](http://dhs.wi.gov/library/collection/f-13023).
- Configure la **retención salarial** para que el pago se deduzca de su cheque de pago, si su empleador ofrece esta opción. Llene junto con su empleador el formulario Medicaid Purchase Plan Premium Employer Wage Withholding, F-13024. Llame a su agencia local ([dhs.wi.gov/im-agency](http://dhs.wi.gov/im-agency)) para solicitar este formulario o puede encontrarlo en [dhs.wi.gov/library/collection/f-13024](http://dhs.wi.gov/library/collection/f-13024).

Encuentre la opción de pago que más le convenga. Escanee el código QR o visite [dhs.wi.gov/medicaid/mapp](http://dhs.wi.gov/medicaid/mapp).

