

MILWAUKEE
MILWAUKEE ENROLLMENT SERVICES
6055 N 64TH STREET
MILWAUKEE WI 53218



State of Wisconsin

PIN #: 0000000000

Fecha de envío: 09/16/2025

000003

LCASTZX OSTQWNJ
ADDRESS STREET
CITY WI 12345 1234

Milwaukee Enrollment Services

Phone: 888-947-6583

Fax: 414-438-4580

Online at access.wi.gov



El Estado de Wisconsin es un proveedor de servicios que ofrece oportunidad igual a todos. Esta carta contiene información que afecta a sus beneficios. Si usted necesita este material en un formato distinto debido a una discapacidad o si necesita esta carta traducida o que se le explique en su propio idioma, por favor llame al 1-888-947-6583. Estos servicios son gratuitos.

Cómo configurar la transferencia electrónica de fondos

Usted (y/o alguien en su hogar) solicitó beneficios de atención médica a través de un programa llamado Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés). Para obtener beneficios de MAPP, usted debe pagar una tarifa mensual llamada prima.

Una de las formas en que usted puede pagar sus primas es inscribiéndose para la transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Una EFT es una transferencia automática de dinero desde su cuenta bancaria para pagar su prima cada mes.

Para inscribirse en EFT, complete el formulario adjunto y envíelo por correo a:

Medicaid Purchase Plan
PO Box 6738
Madison, WI 53716-0738

Si EFT no es la opción adecuada para usted, hay otras formas en que puede pagar su prima de MAPP.

- En el sitio web de ACCESS en access.wi.gov o a través de la aplicación móvil MyACCESS, usted puede:
 - Hacer un pago de prima en línea cada mes, o
 - Configurar ACCESS AutoPago para pagos automáticos desde su tarjeta de crédito, tarjeta de débito, o cuenta corriente o de ahorros.
- Usted puede pedirle a su empleador que retenga dinero de su cheque de pago. Para configurar la retención de salario, pídale a su empleador que complete el formulario de

Medicaid Purchase Plan Premium Employer Wage Withholding, F-13024. Usted puede llamar a su agencia para solicitar este formulario o ir a dhs.wi.gov/forms/f1/f13024.pdf.

- Usted puede enviar por correo su estado de prima y un cheque o giro postal cada mes a:
Medicaid Purchase Plan
P.O. Box 93187
Milwaukee, WI 53293-0187

¿Preguntas?

Si usted tiene preguntas sobre cómo configurar EFT, llame al 888-907-4455.

SAMPLE

Transferencia Electrónica de Fondos del Miembro/Empleador para las Primas del Plan de Compra de Medicaid

Instrucciones

La Transferencia Electrónica de Fondos para Miembros/Empleadores puede ser usada por miembros que están haciendo sus propios pagos, así como por empleadores que están reteniendo pagos en nombre de empleados que tienen cobertura de salud del Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés).

Llene este formulario para deducir automáticamente fondos de una cuenta de cheques o de ahorros el día tres de cada mes para el pago de la prima. Si el día tres cae en un fin de semana o día festivo, los fondos se tomarán de la cuenta el siguiente día hábil. Los empleadores deben completar un formulario separado para cada empleado. Para que los fondos se deduzcan automáticamente, escriba su nombre, su Número de Caso de MAPP que se encuentra en su aviso de prima de MAPP, y los datos de su cuenta de cheques o de ahorros.

- **Banco Receptor/Ahorros y Préstamos/ Cooperativa de Crédito**
Escriba el nombre del banco, ahorros y préstamos, o cooperativa de crédito en el espacio. Si es una sucursal, escriba esa información bajo "Sucursal." Incluya la ciudad, estado, y código postal donde se encuentra el banco, ahorros y préstamos, o cooperativa de crédito. Use la información de la sucursal que visita con más frecuencia.
- **Tipo de Cuenta**
Marque la casilla para el tipo de cuenta, de cheques o de ahorros, de donde se deben tomar los fondos.
- **Número de Ruta de Tránsito Bancario y Número de Cuenta Bancaria**
Estos números se pueden encontrar en la parte de abajo de sus cheques y comprobantes de depósito. **Usted debe adjuntar un cheque anulado o un comprobante de depósito al formulario de transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés).** El número de ruta de tránsito bancario son los primeros nueve dígitos. El siguiente número, de hasta 17 dígitos de largo, es el número de cuenta bancaria. Contacte al banco, ahorros y préstamos, o cooperativa de crédito para aclarar estos números.
- **Nombre(s) y Firma(s) – Propietario y Copropietario de la cuenta**
Escriba en letra de molde los nombres del propietario y del copropietario de la cuenta si es una cuenta conjunta. El propietario de la cuenta, y el copropietario si aplica, deben firmar y fechar el formulario.
- **Firma — Empleador**
Si el miembro decide pagar la prima usando la retención de salario del empleador, y el empleador elige pagar usando EFT, el empleador deberá completar y firmar este formulario EFT.

Bajo el s.49.45(4), de los Estatutos de Wis., la información personal identificable sobre solicitantes y miembros es confidencial y se usa para propósitos directamente relacionados con la administración del programa, como el pago de primas por parte de los miembros. No proporcionar la información solicitada en el formulario puede resultar en la denegación del pago por servicios.

Si tiene algunas preguntas sobre la información anterior, llame al 888-907-4455.

Transferencia Electrónica de Fondos del Miembro/Empleador para las Primas del Plan de Compra de Medicaid

Instrucciones: Escriba o imprima la información solicitada claramente. **Usted debe adjuntar un cheque anulado o un comprobante de depósito a este formulario para verificar que la información sea correcta.**

Nombre(s) en la Cuenta		Número de Caso de MAPP	
Yo doy permiso para comenzar a retirar dinero de mi (nuestra) cuenta de cheques/ahorros nombrada a continuación, en el banco/ahorros y préstamos/ cooperativa de crédito nombrada a continuación.			
Banco Receptor / Ahorros y Préstamos / Cooperativa de Crédito		Sucursal	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros			
Número de Ruta de Tránsito Bancario (Número de nueve dígitos)			
Número de Cuenta Bancaria (Máximo 17 dígitos)			
Este permiso permanecerá en efecto hasta que el Department of Health Services (DHS, por sus siglas en inglés) haya recibido una notificación por escrito de mi parte (de cualquiera de nosotros) para terminarlo, para permitir que el DHS y el US Bank tengan una oportunidad razonable de actuar sobre ello. Si yo pierdo MAPP, entiendo que mi transferencia electrónica de fondos terminará.			
Nombre — Propietario principal de la cuenta			
Firma — Propietario principal de la cuenta		Fecha de la Firma	
Firma — Copropietario de la cuenta (si aplica)		Fecha de la Firma	
Firma — Empleador (Requerido cuando la prima se deduce del cheque de pago del miembro)		Fecha de la Firma	

Todas las autorizaciones de deuda por escrito deben establecer que el receptor solo puede revocar la autorización notificando al originador de la manera especificada en la autorización.

Envíe el formulario completo a:

MAPP/ Premium Unit
PO Box 6738
Madison, WI 53716-0738
Fax: 608-221-8185

Una vez que su formulario completo haya sido recibido y procesado (aproximadamente 3 semanas), usted recibirá una carta confirmando si su cuenta EFT está activa. Usted debe pagar su prima MAPP de otra manera hasta el mes indicado en su carta de confirmación EFT.