

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



**State of Wisconsin**

**PIN #:** 0000000000

Fecha de envío: 09/16/2025

000004

LCASTZX OSTQWNJ  
ADDRESS STREET  
CITY WI 12354-1234

**Milwaukee Enrollment Services**

Phone: 888-947-6583

Fax: 414-438-4580

Online at [access.wi.gov](http://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.

## Pague su Prima Inicial de MAPP

Usted solicitó beneficios de cuidado de salud a través de un programa llamado Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés). Para recibir los beneficios de MAPP, debe pagar una tarifa mensual llamada prima.

El pago de su (primera) prima inicial ya está vencido. Usted debe hacer este pago antes de la fecha límite para comenzar a recibir los beneficios de MAPP. La cantidad de su prima y la fecha de vencimiento se encuentran en la próxima página.

Hay varias formas de pagar su prima inicial de MAPP:

- En el sitio web de ACCESS en [access.wi.gov](http://access.wi.gov)
- A través de la aplicación móvil MyACCESS
- Enviando por correo su estado de cuenta completo y un cheque o giro postal a:  
Medicaid Purchase Plan  
P.O. Box 93187  
Milwaukee, WI 53293-0187

Si usted no puede pagar su prima de MAPP debido a una situación difícil temporal (por ejemplo, un problema de salud a corto plazo), puede solicitar no pagarla por hasta 12 meses. Llame y envíe el formulario Solicitud de Exención Temporal de la Prima de MAPP, F-02603S, para ver si es elegible. Obtenga el formulario en [dhs.wi.gov/library/collection/f-02603S](http://dhs.wi.gov/library/collection/f-02603S) o comuníquese con su agencia al número que aparece en la parte de arriba de esta carta.

SAMPLE

## Acción Requerida: Pagar su Prima de Medicaid Purchase Plan

Una prima es una cantidad de dinero establecida que usted debe pagar cada mes para recibir los beneficios de Medicaid Purchase Plan (MAPP). La cantidad de su prima se basa en su ingreso y podría aumentar o bajar si hay cambios en su ingreso. La cobertura del cuidado de la salud no empezará hasta que usted pague la prima total cotizada. En algunas situaciones, se le podría requerir que pague más de un mes de primas antes de que empiece su cobertura. La página siguiente tiene información sobre cuánto debe y sobre cómo pagar su prima.

### Realizar un pago

#### *Pago Inicial de la Prima*

Hay varias formas en que usted puede hacer su pago inicial de la prima de MAPP:

- En el sitio web de ACCESS en [access.wi.gov](https://access.wi.gov)
- A través de la aplicación móvil MyACCESS
- Por correo, enviando su estado de prima completado y un cheque o giro postal a:  
Medicaid Purchase Plan  
P.O. Box 93187  
Milwaukee, WI 53293-0187

Puede encontrar instrucciones adicionales sobre cómo hacer este pago de prima en la página siguiente. Si usted no paga la cantidad total adeudada, no recibirá los beneficios de MAPP para los meses que solicitó.

#### *Pago Mensual de la Prima*

Después de inscribirse, recibirá estados de prima mensuales por correo que le indicarán el monto de 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 la prima del primer mes, usted no estará inscrito en MAPP.

Después de inscribirse, usted 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 informará cuándo terminará su inscripción en MAPP.

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

### Cuánto debe

Quién debe una prima	Para cuál mes es la prima	Cantidad que se debe
LCASTZX	September 2025	\$40.00

	October 2025	\$40.00
	<b>Total due</b>	<b>\$80.00</b>

Si tiene preguntas sobre la cantidad que debe, llame a su agencia al 1-888-947-6583.

Si tiene pregunta sobre cómo pagar su prima, llame a Servicios para Miembros de ForwardHealth al 800-362-3002, lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

SAMPLE



WISCONSIN DEPARTMENT  
of HEALTH SERVICES

TGXPYNB R JXJFQKK  
ADDRESS STREET  
CITY WI 12354-1234

Quién debe una prima:  
LCASTZX P OSTQWNJ

Número de Caso  
Fecha en que se debe  
Total debido

0000000000  
September 30, 2025  
**\$80.00**

Cantidad que paga

\$
----

Envíe su cheque o cheque de cajero a:  
Medicaid Purchase Plan  
P.O. Box 93187  
Milwaukee, WI 53293-0187



**Instrucciones:**

**Llene con la cantidad que está pagando en la sección de arriba y luego corte e incluya la sección de arriba con su cheque o cheque de cajero.** Esto ayudará a su agencia a procesar su pago lo antes posible.

Asegúrese de que su cheque o cheque de cajero:

- Está escrito a: **Medicaid Purchase Plan Premium.**
- Tiene su número de caso. Su número de caso es **8151566981.**
- Es la cantidad total que le debe por MAPP. Si usted no paga la cantidad total que debe, no recibirá los beneficios de MAPP para los meses que solicitó.

Envíe su cheque o cheque de cajero por correo y la mitad de la parte superior de esta página a la siguiente dirección:

Medicaid Purchase Plan  
P.O. Box 93187  
Milwaukee, WI 53293-0187

Usted también puede hacer su pago en el sitio web de ACCESS o en la aplicación móvil MyACCESS.