

CDPU
CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234



State of Wisconsin

PIN #: 0000000000

Fecha de envío: 08/11/2025

000009

ETBKOCN OKLSIXS
ADDRESS STREET
CITY WI 12354-1234

Great Rivers Consortium
Toll Free Phone: 1-888-283-0012
Fax Number: 1-855-293-1822
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 1-888-283-0012. Estos servicios son gratuitos.

Esta carta trata sobre los beneficios para ETBKOCN OKLSIXS o para alguien que vive con ETBKOCN OKLSIXS. Usted está recibéndola porque es el tutor legal designado de ETBKOCN. Si esto es incorrecto, comuníquese con la agencia indicada arriba.

Usted Debe Pagar Sus Primas Mensuales de MAPP

Estimado/a ETBKOCN,

Usted recibe beneficios de cuidados de salud a través de un programa llamado Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés). Para seguir inscrito en MAPP, debe pagar una cuota mensual llamada prima.

Usted no ha pagado una o más primas mensuales de MAPP en los últimos tres meses. **A partir de diciembre de 2025, si no paga su prima de MAPP, perderá sus beneficios de MAPP.**

Si usted también está inscrito en un programa de cuidado a largo plazo para adultos (Family Care, Family Care Partnership, IRIS, por sus siglas en inglés o PACE, por sus siglas en inglés) y no paga su prima de MAPP, también podría ser dado de baja de ese programa.

Cómo pagar

La cantidad de su prima, la fecha de vencimiento y las formas de pago están en el estado de cuenta de la prima de MAPP que se le envía por correo cada mes. Usted también puede configurar pagos automáticos que faciliten el pago de su prima mensual a tiempo. Vaya a dhs.wi.gov/medicaid/mapp para aprender más sobre cómo configurar pagos automáticos.

¿Qué pasa si yo no puedo pagar?

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 pedir no pagar hasta por 12 meses. Llene y envíe la Solicitud de Exención Temporal de Prima de MAPP, F-02603S, para ver si es elegible. Obtenga el formulario en dhs.wi.gov/library/collection/f-02603 o comuníquese con su agencia al número que aparece en la parte de arriba de esta carta.

SAMPLE