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

Fecha de envío: 09/16/2025

000002

TYQGOMC RRNCNRE
ADDRESS STREET
CITY WI 12354-1234

State of Wisconsin

PIN #: 0000000000

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 informacion 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.

SAMPLE

Cómo Configurar la Retención Salarial del Empleador

Usted (y/o alguien en su hogar) solicitó beneficios de cuidados de salud a través de un programa llamado Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés). Para recibir beneficios MAPP, debe pagar una cuota mensual llamada prima.

Una de las formas que usted puede hacer sus pagos de la prima es inscribiéndose en la retención salarial del empleador. La retención salarial del empleador es cuando su empleador descuenta dinero de su cheque de pago para pagar su prima de MAPP.

Para inscribirse en la retención salarial del empleador, pídale a su empleador que complete los formularios adjuntos de retención salarial y transferencia electrónica de fondos y los envíe por correo a:

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

Otras formas de pagar

Si la retención salarial del empleador no es la opción adecuada para usted, hay otras formas en que usted 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 mensual de la prima en línea, o

    - Configurar el ACCESS AutoPago para pagos automáticos desde su tarjeta de crédito, tarjeta de débito, o cuenta de cheques o de ahorros.
- Usted también puede configurar una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) desde una cuenta bancaria completando el formulario adjunto Miembro/Empleador EFT para Primas de MAPP, F-13023.
- 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 la retención salarial del empleador o la transferencia electrónica de fondos, 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.

SAMPLE

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: ☐ Cheques ☐ 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.

SAMPLE

Retención de Salarial del Empleador Para la Prima del Plan de Compra de Medicaid (MAPP)

Instrucciones:
Su empleador debe completar este formulario si usted quiere que el pago de la prima de su Plan de Compra de Medicaid (MAPP, por sus siglas en inglés) se deduzca de su cheque de pago. Escriba su número de caso de MAPP, que se encuentra en su aviso de prima de MAPP.

Instrucciones para el empleador:

Complete el apellido y nombre del empleado, el número de Seguro Social y la cantidad mensual de la prima de MAPP.

Usted puede pagar las primas de MAPP del empleado mediante Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o mediante pago directo.

- **Transferencia Electrónica de Fondos**
  Si usted (el empleador) elige pagar mediante EFT, complete el formulario Transferencia Electrónica de Fondos para Miembro/Empleador, F-13023S, que se encuentra en dhs.wi.gov/forms/f1/f13023.pdf. Envíe el formulario a la dirección indicada en el formulario de EFT. También puede enviar el formulario por fax al 608-221-8185. La cantidad de la prima se deducirá de su cuenta corriente una vez al mes.

  Toma aproximadamente tres semanas recibir y procesar los formularios de EFT. Le enviaremos una carta confirmando que la cuenta EFT está activa.

- **Pago Directo**
  Si usted elige hacer un pago directo cada mes, recibirá un estado de prima mensual. Envíe su pago junto con el aviso de prima a:

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

Si usted tiene alguna pregunta, llame al 888-907-4455.

SAMPLE

Retención de Salarial del Empleador Para la Prima del Plan de Compra de Medicaid (MAPP)

Instrucciones: Escriba a máquina o en letra de molde legible. Antes de completar este formulario, lea la información y las instrucciones en la Página 1. Complete este formulario para su empleado y el formulario de Transferencia Electrónica de Fondos para Miembro/Empleador dhs.wi.gov/forms/f1/f13023.pdf, si desea pagar mediante transferencia electrónica de fondos (EFT).

Si usted tiene alguna pregunta, llame al 888-907-4455.

Información del Empleado

Nombre — Empleado (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	Número de caso de MAPP
Número de Seguro Social — Empleado	Cantidad mensual de la prima

Usted puede pagar las primas de MAPP del empleado mediante EFT o pago directo.

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)
Si usted quiere pagar la prima mediante EFT mensual, complete el formulario de Transferencia Electrónica de Fondos para Miembro/Empleador, F-13023S (dhs.wi.gov/forms/f1/f13023.pdf).

Pago Directo
Si quiere pagar la prima mediante pago directo, envíe su pago, a nombre de Plan de Compra de Medicaid (MAPP), a:
Medicaid Purchase Plan
P.O. Box 93187
Milwaukee, WI 53293-0187

Información del Empleador

Nombre — Empleador	Número de Teléfono	
Dirección — Empleador		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma — Empleador		Fecha de la Firma

Envíe el formulario completo y firmado a:

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

Fax: 608-221-8185

SAMPLE