

**CLIENT REQUEST TO OPT-OUT/BE REMOVED FROM
THE MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MSP)**



MAP-258E (MLF)..... Rev. 04/18/08
Replaces MAP-2158E

Case Name: _____ Case Number: _____

- I do not want the Medical Assistance Program to pay my Medicare premium. Do not enroll me in the Medicare Savings Program (MSP).
- I am currently enrolled in the Medicare Savings Program (MSP), but I no longer want the Medical Assistance Program to pay my Medicare premium. **Disenroll** me from MSP at the earliest possible date.
- Process my disenrollment with a retroactive effective date of: 1 month 2 months 3 months

I understand that my disenrollment cannot be made retroactive to a month in the prior calendar year. I also understand that I am liable for reimbursing the cost of my Medicare premium for each month that I am retroactively disenrolled from MSP.

Signature: _____ Date: _____

Nombre del caso: _____ Número de caso: _____

- No quiero que el Programa de Asistencia Médica (Medical Assistance Program) pague por mi prima de Medicare. **No** me inscriba en el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)
- Estoy inscrito en el Programa de Ahorros de Medicare (MSP) pero **no quiero** que el Programa de Asistencia Médica siga pagando por mi prima de Medicare. **Deme de baja** del Programa de Ahorros de Medicare (MSP) en la primera fecha que sea posible.
- Tramite mi baja del programa con fecha retroactiva vigente de: 1 mes 2 meses 3 meses

Entiendo que no puede tramitarse mi baja en forma retroactiva a un mes del año calendario anterior. También entiendo que tengo que reintegrar el costo de mi prima de Medicare correspondiente a cada mes por el que solicito la baja retroactiva de MSP.

Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____

Non Dosye a: _____ Nimewo Dosye a: _____

- Mwen pa vle pou Pwogram Asistans Medikal la (Medical Assistance Program) peye prim Medicare mwen an. **Piga** anrejistre mwen nan Pwogram Epay Medicare la (Medicare Savings Program: MSP).
- Aktyèlman mwen anrejistre nan Pwogram Epay Medicare la (MSP), men mwen pa vle pou Pwogram Asistans Medikal la **kontinye** peye pou prim Medicare mwen an. **Anile anrejistreman** mwen nan MSP nan dat ki pi pwòch ke posib la.
- Trete anilasyon anrejistreman m nan ak yon dat retwoaktif ki efektif apatide: 1 mwa 2 mwa 3 mwa

Mwen rekonèt ke pwosis anilasyon anrejistreman m nan pa kapab fèt sou yon baz retwoaktif pou yon mwa ki tonbe nan ane kalandriye anvan ane sa a. Mwen rekonèt tou ke mwen responsab pou m ranbouse lajan prim Medicare la koute pou chak mwa ke yo anile anrejistreman m nan, sou yon baz retwoaktif, nan pwogram MSP a.

Siyati/Signature: _____ Dat la/Date: _____