## Lista de todas las tarifas de la tarjeta prepago Way2Go Card® de Mastercard para South Dakota

| Todas las tarifas | Cantidad | Detalles |
|---|---|---|
| Comienzo | | |
| Establecer cuenta de tarjeta | $0.00 | No hay ningún cargo por establecer una cuenta de tarjeta. |
| Uso mensual | | |
| Tarifa de uso mensual | $0.00 | No hay una tarifa mensual asociada con esta tarjeta. |
| Gastar dinero | | |
| Punto de venta | $0.00 | No se aplica ningún cargo por las transacciones de compra en puntos de venta realizadas en los Estados Unidos con su firma o número de identificación personal o clave PIN. |
| Pago de facturas en línea | $0.00 | No hay cargo por pagar facturas en línea a través de GoProgram.com. |
| Retirar dinero en efectivo | | |
| Retiro por cajero automático (ATM) (dentro de la red) | $0.00 | No hay cargos por retiros en cajeros automáticos de Comerica, MoneyPass o Transfund. Puede encontrar cajeros dentro de la red en https://locations.comerica.com, moneypass.com/atm-locator.html y https://www.transfund.com/locations. Al usar su tarjeta en un cajero automático, el monto máximo que puede retirar de su cuenta por día calendario es de $500.00. |
| Retiro por cajero automático (ATM) (fuera de la red) | $1.25 | Esta es nuestra tarifa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos que no pertenecen a las redes MoneyPass, Comerica y Transfund Bank. Se le cobrará una tarifa por cada retiro en cajero automático realizado en un cajero fuera de la red. También puede que el operador del cajero le cobre una tarifa, incluso si no completa la transacción. Al usar su tarjeta en un cajero automático, el monto máximo que puede retirarse de su cuenta por día calendario es de $500.00. |
| Retiro de efectivo con la asistencia de un(a) cajero(a) (por ventanilla) | $0.00 | No hay ningún cargo por retiros de efectivo realizados en las ventanillas de los cajeros de bancos miembro de Mastercard o cooperativa de credito. |
| Información | | |
| Consulta de saldo en cajero (dentro y fuera de la red) | $0.00 | No hay cargo por consultas de saldo en cajeros automáticos. Puede que se le cobre una tarifa adicional del operador del cajero por las consultas realizadas fuera de la red. |
| Servicio al cliente (automatizado o con agente en vivo) | $0.00 | Usted tiene derecho a un número ilimitado de llamadas a la línea de Atención al Cliente y al sistema de Respuesta de Voz Interactiva (IVR) sin cargo. |
| Uso de su tarjeta fuera de Estados Unidos | | |
| Retiros en cajero automático internacional | $1.25 | Esta es nuestra tarifa. Se le cobrará una tarifa por cada retiro en cajero automático realizado fuera de los Estados Unidos. Además de esta tarifa, se le cobrará una tarifa de Transacción Internacional equivalente al 3% del monto total del retiro cuando este se realice en un cajero fuera de los Estados Unidos. También es posible que el operador del cajero le cobre una tarifa, incluso si no completa la transacción. |
| Cargo por transacción internacional | 3% | La tasa de conversión es una tarifa de Mastercard por cada monto de transacción realizada fuera de los EE. UU. |
| Otras tarifas | | |
| Reemplazo de tarjeta | $0.00 | No hay cargo por reemplazar su tarjeta cuando se envía por correo regular. Entrega estándar (7 a 10 días hábiles). |
| Envío acelerado de tarjeta | $10.00 | Si solicita que su tarjeta de reemplazo se envíe con entrega acelerada en lugar de correo regular, se le cobrará una tarifa de envío acelerado. La entrega acelerada puede esperarse en un plazo de 3 a 5 días hábiles. |
| Transferencia de fondos mediante Respuesta de Voz Interactiva (IVR– teléfono) o portal web | $0.00 | No hay cargo por transferir fondos de su cuenta de tarjeta a una cuenta bancaria en EE. UU. de su propiedad. |
| Tarifa por inactividad | $2.00 | Esta es nuestra tarifa. Después de 12 meses consecutivos de inactividad, posteriores a la activación de su tarjeta, se le cobrará esta tarifa en el mes siguiente al 12º mes de inactividad, y por cada mes adicional de inactividad a partir de entonces. La inactividad se define como la ausencia de depósitos, compras, llamadas al servicio al cliente automatizado o en vivo, retiros de efectivo, consultas de saldo en cajeros automáticos o transferencias de fondos durante 12 meses consecutivos. La tarifa por inactividad no se aplicará si el saldo de la cuenta llega a cero ($0.00) o cuando la cuenta de la tarjeta vuelva a tener actividad. |

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC y serán retenidos o transferidos a Comerica Bank, una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, sus fondos son asegurados hasta por $250,000 por la FDIC en caso de que Comerica Bank falle, si se cumplen los requisitos específicos del seguro de depósitos. Para conocer más detalles, visite fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.

No hay función de sobregiro/crédito.

Comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al 1-844-893-3124, por correo a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite www.GoProgram.com.

Para obtener información general sobre cuentas prepago, visite *cfpb.gov/prepaid*.

Si tiene una queja sobre una cuenta prepago, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite *cfpb.gov/complaint*.

Tarjeta Way2Go Card® para South Dakota emitida por Comerica

No es necesario que acepte esta tarjeta prepago.
Su agencia estatal tambien ofrece dep6sito directo a su cuenta bancaria.
Elija la opci6n que mejor se adapte a sus necesidades.

| Cargo mensual | Por compra | Retire en cajero automatico (ATM) | Recarga de efectivo |
|---|---|---|---|
| **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** (dentro de la red)<br>**$1.25*** (fuera de la red) | **N/A** |

| | |
|---|---|
| Consulta de saldo en ATM (dentro de la red o fuera de la red) | $0.00 |
| Servicio al cliente (agente automatizado o en vivo) | $0.00 |
| ** Inactividad (luego de 12 meses sin transacciones) | $2.00 por mes |

**Cobramos otros 3 tipos de tarifas. Aqui algunas de ellas:**

| | |
|---|---|
| Cargo de reemplazo de tarjeta (entrega normal o **acelerada** | $0.00 o **$10.00** |
| Retiros en cajero automatico internacional | $1.25 por retiro |

* Esta tarifa puede ser menor dependiendo de c6mo y d6nde se utilice esta tarjeta. (Consulte https://locations.comerica.com, moneypass.com/atm-locator.html y https://www.transfund.com/locations para acceder gratis a sus fondos ya la informaci6n de su saldo).

** La inactividad se define come la ausencia de dep6sitos, compras, llamadas al servicio al cliente automatizado o en vivo, retires de efectivo, consultas de saldo en cajeros automaticos o transferencias de fondos durante 12 meses consecutivos.

No hay funci6n de sobregiro/credito.

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC.

Para obtener informaci6n general sobre las cuentas de prepago, visite *cfpb.gov/prepaid*.

Encuentre detalles y condiciones para todas las tarifas y servicios en www.GoProgram.com.

DSS NEMT-952 (01/2026)

*(For NEMT Staff use only)*
**NEMT Payment Provider ID #:** _____

# SOUTH DAKOTA MEDICAID
# NON-EMERGENCY MEDICAL TRAVEL (NEMT) PAYMENT AUTHORIZATION FORM

***Entities must enroll online at https://dss.sd.gov/nemt***

**Individual Providers – Enroll online at https://dss.sd.gov/nemt or complete and submit this form via Mail, Fax, or Email:**

Department of Social Services
EBT and NEMT
700 Governors Drive
Pierre, SD 57501

Local Phone Number: (605) 773-6527
Toll Free Number: 866-403-1433
Fax Number: (605) 773-8461
Email: dss.ebtstateoffice@state.sd.us

**Select One:**

☐ Enroll a New Individual Provider

☐ Update a current Individual Provider ***(If you are already enrolled to the NEMT Online Portal, please log in to make changes)***

☐ Name Change ☐ Address Change ☐ Phone Number Change ☐ Email Address Change

☐ Change to the Electronic Payment Option (Direct Deposit or NEMT Payment Card)

Do you have any pending claims that have been submitted to NEMT? ☐ Yes (If Yes, enter Recipient's Medicaid ID #: _____)
☐ No

**User and Medicaid Details** All fields must be completed.

I am registering as: ☐Recipient (enter Medicaid ID #) _____ ☐Parent/Guardian ☐Other (Friend, Neighbor, etc.)

| 9-digit Social Security Number: | Date of Birth: |
|---|---|

**Personal Information** All fields must be completed.

| First Name: | M.I. | Last Name: | Suffix: |
|---|---|---|---|
| Phone Number: | Ext: | Email Address: | |

| Residential Address | Mailing Address |
|---|---|
| | ☐ Same as Residential Address |
| Address Line 1: | Address Line 1: |
| Address Line 2: | Address Line 2: |
| Zip: State: | Zip: State: |
| City: | City: |

**Electronic Payment Option (Select only one)**

☐ Direct Deposit

By selecting the box above: I authorize the Department of Social Services to credit my NEMT payments to the account listed below, and if necessary, reverse any incorrect credit entries made in error. I acknowledge that a new enrollment form must be completed if I choose to change financial institutions or account numbers.

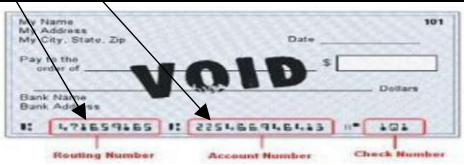
**Please print the information below clearly, or you can enclosed a copy of voided check or a letter from the Financial Institution.**

Bank Name:

Routing Number:

Account Number:

Type of Account: ☐ Checking ☐ Savings




☐ NEMT – Electronic Payment Card (EPC)

Your card will arrive in the mail within 7-10 calendar days. All NEMT reimbursements will be deposited to the Electronic Payment Card. By selecting the NEMT – Electronic Payment Card (EPC) option, you agree with the terms and conditions.




NOTE: To help the government fight the funding of terrorism and money laundering activities. Federal law requires all financial institutions to obtain, verify, and record information that identifies each person who opens an account. What this means for you: when you open an account, we will ask for your name, address, date of birth and other information that will allow us to identify you. We may also ask to see your driver's license or other identifying documents.

**NOTE:** *You must complete a separate form for each program in which you receive payments. Information on this form will only be used for NEMT.*

I verify that the information provided is true and accurate to the best of my knowledge. I understand all NEMT claims will be reimbursed to established program guidelines and that all NEMT claims must be submitted within 6 months following the month of the date the service was provided. I understand that there are penalties for fraudulently submitting NEMT claims for reimbursement.

**Signature:** _____ **Date:** _____