



RICK SCOTT  
GOVERNOR

JUSTIN M. SENIOR  
SECRETARY




HeadOfHousehold  
AddressLine1 AddressLine2  
RecipientCity RecipientState 1234567890

27 de junio, 2017



Bienvenido al programa de atención a largo plazo de Medicaid. En el programa de atención a largo plazo de Medicaid, puede elegir el plan de cuidado a largo plazo que sea mejor para usted. Siga los pasos 1-3 abajo para hacer su elección.

**Para obtener un acceso más rápido a su caso, por favor, utilice la siguiente clave de seguridad (PIN) para inscribirse: XXXX**

<p><b>Paso 1: <i>Mirar</i></b></p> 	<p>Revise la información en este paquete, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una lista de los planes en su área</li> <li>• Información acerca del programa de Atención a largo plazo de Medicaid</li> <li>• los pasos que debe tomar para unirse a un plan</li> <li>• como inscribirse por internet o por teléfono</li> </ul> <p>También puede encontrar esta misma información por internet en: <a href="http://www.flmedicaidmanagedcare.com">www.flmedicaidmanagedcare.com</a></p>					
<p><b>Paso 2: <i>Elegir</i></b></p> 	<p><b>Usted puede elegir su plan de atención a largo plazo para la fecha 6/30/2017.</b></p> <p>Para cada persona a continuación necesitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Año de nacimiento</li> <li>• Ya sea el Medicaid ID o el número de la Tarjeta Dorada</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="917 1018 1367 1054">Nombre</th> <th data-bbox="1367 1018 1589 1054">Núm. de Medicaid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="917 1054 1367 1089">RecipientName</td> <td data-bbox="1367 1054 1589 1089">1234567890</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Núm. de Medicaid	RecipientName	1234567890
Nombre	Núm. de Medicaid					
RecipientName	1234567890					
<p><b>Paso 3: <i>Inscribirse</i></b></p> 	<p><b>Por internet al:</b></p> <p><a href="http://www.flmedicaidmanagedcare.com">www.flmedicaidmanagedcare.com</a></p> <p><b>Tenga en cuenta:</b> Si usted decide inscribirse en línea que usted tendrá que utilizar la clave de seguridad (PIN) arriba. El PIN debe ser utilizado junto con el número de la identificación de Medicaid o número de Tarjeta Dorada.</p>	<p><b>O Llame</b></p> <p>a la línea de ayuda gratuita al 1-877-711-3662, para hablar con un consejero de opciones o para solicitar una reunión con un consejero de opciones.</p> <p>Para obtener más información, por favor, consulte el folleto que se encuentra dentro de su paquete.</p>				
<p><b>IMPORTANTE: Si usted no elige, los beneficiarios que se nombran en el Paso 2, serán asignados al plan de atención a largo plazo a continuación.</b></p> <p><b>Nombre del Plan:</b> HealthPlanName <b>Fecha de Inicio del Plan:</b> 7/1/2017</p>						

**Usted tiene el derecho de cambiar de plan.  
Vea al dorso sus derechos para cambiar de plan.**



## SUS DERECHOS PARA CAMBIAR DE PLAN

---

Una vez que usted está inscrito en su plan, usted tendrá 120 días para cambiar de plan. Si usted quiere elegir un plan diferente, tiene hasta 10/29/2017 para escoger otro plan. Después de esa fecha, si desea cambiar su plan, puede hacerlo una vez al año durante un tiempo especial llamado Inscripción Abierta. Antes de que comience la temporada de Inscripción Abierta, usted recibirá una carta de aviso con información acerca de sus opciones de plan.

Si desea cambiar de plan fuera de la temporada de Inscripción Abierta, debe tener una razón de Buena Causa aprobada por el estado. Para obtener más información o para averiguar si usted tiene una razón de Buena Causa, llame al 1-877-711-3662 o visite [www.flmedicaidmanagedcare.com](http://www.flmedicaidmanagedcare.com).