



RICK SCOTT  
GOVERNOR

JUSTIN M. SENIOR  
SECRETARY

HeadOfHousehold  
AddressLine1 AddressLine2  
RecipientCity RecipientState 1234567890

27 de junio, 2017



Esta carta confirma que usted ha solicitado un cambio de plan durante el período de Inscripción Abierta para la persona indicada a continuación:

Nombre	Plan	Teléfono del plan
RecipientName	HealthPlanName	(123)456-7890

Su inscripción tomará efecto en la fecha 7/1/2017. Hasta esa fecha usted puede recibir sus servicios de Atención a largo plazo de Medicaid de parte de su plan actual.

**Si esta elección de plan de Atención a Largo Plazo no fue solicitada por usted o por alguna persona autorizada por usted, por favor, comuníquese con la línea de ayuda gratuita al 1-877-711-3662.**

#### ¿Qué pasa ahora?

- Su plan le enviará su tarjeta de identificación, un manual para beneficiarios, y una lista de proveedores de servicios.
- Si usted no ha escogido los proveedores de servicios, su plan se comunicará con usted para ayudarlo a seleccionar sus proveedores de servicios. Usted puede cambiar su proveedor de servicio en cualquier momento llamando a su plan.
- Si tiene preguntas sobre los servicios que su plan ofrece, llame a su plan al número indicado arriba.