



RICK SCOTT
GOVERNOR




JUSTIN M. SENIOR
SECRETARY

HeadOfHousehold
AddressLine1 AddressLine2
RecipientCity RecipientState 1234567890

27 de junio, 2017



Bienvenido al programa de Asistencia Médica Administrada (MMA). Como beneficiarios de Medicaid, cada persona a enumerada continuará recibirá sus servicios de atención médica y los servicios a largo plazo a través del programa de Asistencia Médica Administrada de Medicaid (SMMC). SMMC tiene dos programas, Asistencia Médica Administrada (MMA) para los servicios de atención de la salud y Atención a Largo Plazo (LTC) para servicios de atención a largo plazo. Siga los pasos 1-3 a continuación 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>Paso 1: Mirar</p> 	<p>Revise la información en este paquete, que incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información acerca del programa de Asistencia Médica Administrada de Medicaid • Una lista de los planes en su región • Una lista de los beneficios adicionales que ofrece el plan • Los pasos que debe tomar para unirse a un plan • Como inscribirse por internet o por teléfono • Las respuestas a preguntas frecuentes <p>También puede encontrar esta misma información por internet en el sitio web: www.flmedicaidmanagedcare.com</p>				
<p>Paso 2: Elegir</p> 	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Nombre</th> <th style="width: 40%;">Núm. de Medicaid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RecipientName</td> <td>1234567890</td> </tr> </tbody> </table> <p>Usted debe elegir su plan de MMA para el 6/30/2017.</p> <p>Para cada persona a continuación necesitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Año de nacimiento <u>y</u> • Ya sea el Medicaid ID o el número de la Tarjeta Dorada 	Nombre	Núm. de Medicaid	RecipientName	1234567890
Nombre	Núm. de Medicaid				
RecipientName	1234567890				
<p>Paso 3: Inscribirse</p> 	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Por internet al:</th> <th style="width: 50%;">O Llame</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>www.flmedicaidmanagedcare.com</p> <p>Tenga en cuenta: 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> </td> <td style="vertical-align: top;"> <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> </td> </tr> </tbody> </table>	Por internet al:	O Llame	<p>www.flmedicaidmanagedcare.com</p> <p>Tenga en cuenta: 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>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>
Por internet al:	O Llame				
<p>www.flmedicaidmanagedcare.com</p> <p>Tenga en cuenta: 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>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>IMPORTANTE: Si usted no elige, colocaremos los enumerados en el paso 2 en el plan a continuación, tanto para la atención de salud y los servicios a largo plazo. Nombre del Plan: HealthPlanName Fecha de Inicio del Plan: 7/1/2017</p>					

Usted tiene el derecho a cambiar de plan. Vea al dorso para Sus Derechos a Cambiar de Plan.



Correo de Vuelto: Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive, MS 62 Tallahassee, FL 32308
Horario: lunes a jueves 8 a.m. - 8p.m.; y viernes 8 a.m.- 7p.m. Los usuarios de TTY / TDD SÓLO llaman 1-866-467-4970
Si necesita materiales de Consejería de Opciones en letra grande, audio o Braille, llame a la Línea de Ayuda gratuita 1-877-711-3662.

SUS DERECHOS A 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, debe hacer su elección para el 10/29/2017. 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 su 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.