



RICK SCOTT  
GOVERNOR

JUSTIN M. SENIOR  
SECRETARY

HeadOfHousehold  
AddressLine1 AddressLine2  
RecipientCity RecipientState 1234567890

27 de junio, 2017



Esta carta confirma que ha solicitado inscribir al siguiente miembro de su familia a un plan de Atención Médica Administrada, (MMA).

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

Su inscripción se iniciará el 7/1/2017. *Hasta esa fecha usted puede recibir sus servicios de Medicaid de la misma forma que lo hace ahora.*

**Nota:** Si su elegibilidad para Medicaid cambia, es posible que no pueda inscribirse en un plan de salud de MMA. Asegúrese de cumplir con todas las citas y de entregar cualquier información requerida por el Departamento de Niños y Familias o la Administración del Seguro Social que se relacionan con su elegibilidad.

### ¿Qué pasa después ?

- Su plan le enviará su tarjeta de identificación, un manual para beneficiarios, y una lista de médicos.
- Si usted no ha escogido un doctor primario (PCP), su plan elegirá uno por usted. Usted puede cambiar de médico en cualquier momento llamando a su plan de salud.
- Haga una cita con su médico para un chequeo.
- Si tiene preguntas sobre los servicios que su plan ofrece, llame a su plan de salud.