



RICK SCOTT  
GOVERNOR

JUSTIN M. SENIOR  
SECRETARY

<Insert Date of Letter>

<Insert Payee Name>  
<Insert Mailing Address>  
<Insert City State>

### DENEGACIÓN DE BUENA CAUSA PARA UN CAMBIO DE PLAN

La Agencia para la Administración de Atención Médica (la "Agencia") recibió una solicitud de una Buena Causa para un cambio de plan de atención administrada de Medicaid para la persona que figura a continuación. Una Buena Causa para un cambio de plan solo se concederá de acuerdo con el Código Administrativo de la Florida, Regla 59G-8.600 (2016).

Name
<Insert Recipient Name>

#### <Good Cause Denial Reason>

Una vez al año, recipientes pueden cambiar su plan de atención administrada de Medicaid durante la Inscripción abierta si no califican para una Buena Causa para un cambio de plan de Medicaid. El próximo período de inscripción abierta del afiliado comenzará el <Insert OE Date>.

Antes de esta fecha, le enviaremos una carta de recordatorio e información sobre las opciones de planes. Los cambios realizados durante la Inscripción abierta entrarán en vigencia <Insert OE Plan Change Effective Date>.

Si no está de acuerdo con esta denegación, puede solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid. Cuando solicita una Audiencia Imparcial de Medicaid, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisa la decisión que se tomó. Si solicita una Audiencia Imparcial, debe solicitarla a más tardar 120 días después de la fecha de esta carta.

Cómo solicitar una Audiencia Imparcial:

**Por Correo:** Agency for Health Care Administration  
Medicaid Hearing Unit  
P.O. Box 60127  
Ft. Myers, FL 33906

**Por Teléfono:** (877) 254-1055 (*toll-free*)

**Por Fax:** 239-338-2642 (*fax*)

**Por Correo Electrónico:** [MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com](mailto:MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com)

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso, por favor llame 1-877-254-1055.

AVISO DE PRÁCTICAS DE DISCRIMINACIÓN