



RICK SCOTT
GOVERNOR

ELIZABETH DUDEK
SECRETARY

<PAYEE NAME>
<ADDR-LINE1>
<ADDR-LINE2 >
<CITY> <STATE> <ZIP CODE>

<LETTER DATE>

0000000123



La Florida está cambiando la forma en que se prestan los servicios de atención médica de Medicaid. La mayoría de los beneficiarios de Medicaid recibirán sus servicios de atención médica a través del programa de Asistencia Médica Administrada de Medicaid (MMA). El programa de MMA es parte del Servicio Médico Administrado Estatal de Medicaid

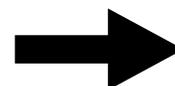
Nuestros registros indican que su plan actual<current plan name> no participará en el programa de MMA. Su plan actual terminará a partir de <dynamic date=last date before region go live>. Usted tendrá que elegir un nuevo plan para sus servicios de atención médica.

<p>Paso 1: Mirar</p> 	<p>Paso 2: Elegir</p> 	<p>Paso 3: Inscribirse</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:</p> <p>www.flmedicaidmanagedcare.com</p>	<p>Usted debe elegir su plan MMA para el<dynamic cut-off date>.</p> <p>Para cada persona a continuación necesitará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fecha de nacimiento <u>y</u> • el número de Medicaid, ó • el número de Seguro Social <table border="1" data-bbox="669 1352 979 1484"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Númerode Medicaid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><name></td> <td><Medicaid ID></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Númerode Medicaid	<name>	<Medicaid ID>	<p>Por internet al:</p> <p>www.flmedicaidmanagedcare.com</p> <p>O</p> <p>Llame 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>
Nombre	Númerode Medicaid					
<name>	<Medicaid ID>					

IMPORTANTE: Si usted no elige, los beneficiarios que se nombran en el Paso 2, serán asignados al plan de MMA a continuación.

Nombre del Plan: <Managed Medical Assistance Plan> **Fecha de Inicio del Plan:** <effective date>

**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.

2_803 MMA_LOSING_PLAN_TRANS_MAN

SUS DERECHOS A CAMBIAR DE PLAN

Una vez que usted está inscrito en su plan, usted tendrá 90 días para cambiar de plan. Si usted quiere elegir un plan diferente, debe hacer su elección para el <90-day cutoff>. 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.