



RON DESANTIS  
GOVERNOR

MARY C. MAYHEW  
SECRETARY

<Letter Date>

<Payee Name>  
<Addr-Line1>  
<Addr-Line2 >  
<City> <State> <Zip Code>

0000000123



Esta carta confirma su solicitud hecha en <insert date of request> para inscribir a la persona(s) enumerada en la tabla a continuación. La tabla incluye el programa, el nombre del plan, la fecha de inicio de la inscripción y la fecha límite de inscripción para cada inscripción solicitada.

Nombre	Programa	Nombre del Plan	Fecha de Inicio	Fecha Límite de Inscripción
<Recipient Name>	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
<Recipient Name>	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
<Recipient Name>	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>

**Nota:** Si su elegibilidad para Medicaid cambia, es posible que la(s) inscripción(es) mencionada(s) arriba no inicien. 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.

**Usted tiene derecho a cambiar de plan.  
Vea al dorso Sus Derechos para 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

SMMC\_ENR\_CONF

## SUS DERECHOS PARA CAMBIAR DE PLAN

---

Una vez que esté inscrito en su plan, tendrá 120 días para cambiar de plan. Si desea elegir un plan diferente, debe elegir ese plan antes de la fecha límite de inscripción que se indica arriba. Después de esta fecha, si desea cambiar su plan, puede hacerlo una vez al año durante un tiempo especial llamado Inscripción abierta. Antes de que comience su período de Inscripción abierta, recibirá una carta de recordatorio e información sobre las opciones de su 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](http://www.flmedicaidmanagedcare.com).