



RON DESANTIS
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER
SECRETARY

<HeadOfHousehold>
<AddressLine1> <AddressLine2>
<RecipientCity> <RecipientState> <Zip>

<Letter Date>



Esta carta confirma que usted ha solicitado inscribir a los siguientes miembros de la familia en un plan dental.

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

Sus inscripciones comenzarán en la fecha mencionada anteriormente si ha cumplido con su parte de su costo compartido para ese mes. Si no, su plan no entrará en vigencia hasta que haya cumplido con su parte de su costo compartido y su Medicaid esté activo.

Vea la parte de atrás de Su Derecho a Cambiar de Planes mientras este en el programa de Necesidades Médicas (Medically Needy).



SU DERECHO A CAMBIAR DE PLANES

Una vez que esté inscrito en su plan, tendrá 120 días para cambiar de plan, al menos que realice un cambio durante la Inscripción Abierta. 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.

Su solicitud para cambiar de plan mientras esté en el programa de necesidades médicas (Medically Needy) se procesará y entrará en vigencia en la próxima fecha posible en la que tenga elegibilidad activa.