



RON DESANTIS
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER
SECRETARY

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



<Letter Date>



Recordatorio anual:

Está recibiendo esta carta ya que usted, o los miembros de su familia, están inscritos en el programa de Servicio Médico Administrado Estatal De Medicaid (SMMC). Cada persona mencionada a continuación puede mantener su inscripción actual en el plan de salud al menos que elija un nuevo plan o decida cancelar su inscripción.

No tiene que cambiar si está satisfecho con su plan.

Nombre y Medicaid ID	Programa	Nombre del Plan
<Recipient Name>	<Program>	<Plan Name>
<Recipient Number>	<Program>	<Plan Name>
	<Program>	<Plan Name>

Los planes en su región se enumeran en línea y en el folleto adjunto. Tenga en cuenta: Si su elegibilidad cambia, es posible que no pueda seleccionar un nuevo plan.

Recuerda que no tiene que cambiar de planes. La decisión es de usted.

Consulte el reverso para ver Formas de Cambiar Su Plan.



Formas de Cambiar Su Plan

Ahora tiene 3 formas de elegir un nuevo plan:

- Envía el texto **ENROLL** a FLSMMC **(357662)**.
 - Necesitará el número de identificación de Medicaid de cada beneficiario y el número de PIN de la cuenta: .
- Vaya en línea en www.flmedicaidmanagedcare.com.
 - Crea una cuenta en el Portal de Beneficiarios de FL Medicaid o charlar con nuestro Asistente Virtual de Inscripción.
- Llame a la Línea de Ayuda para hablar con un Consejero de Elección al 1-877-711-3662.

Para inscribirse, necesitará el año de nacimiento y el número de identificación de Medicaid o el número de Tarjeta Dorada de cada persona que figura en esta carta.