



RON DESANTIS
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER
SECRETARY

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

<Letter Date>



Cada persona mencionada a continuación es elegible nuevamente para Medicaid y se está inscribiendo en su(s) anterior(es) plan(es) de atención administrada de Medicaid a nivel estatal a partir de la(s) fecha(s) mencionada(s) a continuación:

Nombre y Medicaid ID	Programa	Nombre del Plan	Fecha de Inicio
<Recipient Name> <Recipient Number>	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>
	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>

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 en otro momento que no sea durante la Inscripción Abierta, debe tener una Buena Causa aprobada por el estado. Para obtener más información o para averiguar si tiene un motivo de Buena Causa, visite www.flmedicaidmanagedcare.com o llame a la línea de ayuda al 1-877-711-3662.