



RICK SCOTT
GOVERNOR

JUSTIN M. SENIOR
SECRETARY

<Letter Date>

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

0000000123



El programa de Servicio Médico Administrado Estatal de Medicaid está cambiando. Los cambios en el programa en su región se llevarán a partir de <Insert Region Effective Date>.

¿Qué hay de nuevo? Puede encontrar información sobre los cambios en el programa y otra información importante en el folleto incluido. Algunos cambios clave del programa son:

- Algunos planes saldrán del programa. Revise **con cuidado** la información en la tabla para cada persona mencionada.
- Los servicios dentales para todos ahora serán provistos por un plan Dental.
- Las personas elegibles para la Asistencia Médica Administrada (MMA) y la Atención a Largo Plazo (LTC) ya no se inscribirán en dos planes diferentes. Un plan proporcionará ambos servicios.

Mire a continuación:

Consulte a continuación para ver en qué plan(es) se inscribirá cada persona y la fecha de inicio de la inscripción.

| Nombre | Programa | Nombre del Plan | Fecha de Inicio | Fecha Límite de Inscripción |
|------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| <Recipient Name> | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| <Recipient Name> | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| <Recipient Name> | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |
| | <Medicaid Program> | <Plan Name> | <Begin Date> | <Enrollment Change Date> |

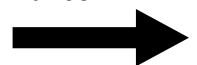
Su plan comenzará automáticamente en la fecha mencionada anteriormente.

Si desea elegir un plan diferente, siga estos pasos:

| Paso 1: Revise | Paso 2: Elegir | Step 3: Inscribirse |
|---|--|---|
| Revise la información en este paquete. | Elija el (los) plan(es) que mejor se ajuste a las necesidades de cada persona mencionada. | <ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en línea en: www.flmedicaidmanagedcare.com • Inscribase por teléfono en: 1-877-711-3662 |
| Para inscribir a cada persona, necesitará su año de Nacimiento, el Medicaid ID o el número de la Tarjeta Dorada. Para obtener un acceso más rápido a su caso, utilice la siguiente clave de seguridad (PIN) para inscribirse: <PIN#> | | |

Usted tiene derecho a cambiar de plan. Vea la parte de atrás de Su Derecho a Cambiar de Planes.

SU DERECHO A CAMBIAR DE PLANES



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

Una vez que usted está inscrito en su plan, usted tendrá 120 días para cambiar de plan. Si desea elegir un plan diferente, debe elegir ese plan antes de la fecha límite de inscripción mencionada anteriormente. Después de esta fecha, si desea cambiar su plan, puede hacerlo una vez al año durante un horario 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, puede necesitar 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.