



RON DESANTIS
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER
SECRETARY

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



<Letter Date>



Gracias por llamando a la línea de ayuda de Servicio Médico Administrado Estatal de Medicaid. Usted solicitó dejar su plan de atención médica administrada actual porque:

<Reason>

Este cambio sucederá en <End Date> para las siguientes personas:

Nombre	Programa	Plan Nombre del Plan
<Recipient Name>	<Program>	<Plan Name>

Después de este cambio, cada persona mencionada anteriormente **no podrá** recibir servicios de atención médica a través del plan (es) de SMMC. Sin embargo, puede optar por unirse a otro plan de servicios de atención médica en cualquier momento. Deberá ser elegible para volver a inscribirse.

Si tiene preguntas sobre cómo volver a unirse al programa SMMC o a unirse a otro plan de salud, llame a la línea de ayuda al 1-877-711-3662.