



RON DESANTIS  
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER  
SECRETARY

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



<Letter Date>



Bienvenido al programa de Servicio Médico Administrado Estatal de Medicaid.

Nuestros registros muestran que las personas que se enumeran a continuación son parte del programa de Necesidades Médicas (Medically Needy) y han cumplido con su parte de su costo compartido según la fecha de esta carta. Esto significa que cada persona incluida en la lista debe inscribirse en un plan dental como parte del programa de Servicio Médico Administrado Estatal de Medicaid.

Nombre y Medicaid ID	Programa	Nombre Del Plan	Fecha de Inicio	Fecha Límite de Inscripción
<Recipient Name> <Recipient Number>	<Program>	<Plan Name>	<Begin Date>	<Cutoff Date>

**Si desea estar inscrito en los planes mencionados anteriormente, no necesita hacer nada. Si su elegibilidad no ha cambiado, su plan comenzará automáticamente en la fecha de inicio mencionada anteriormente.**

**Si desea elegir un plan diferente, siga estos pasos:**

Paso 1: Revise	Paso 2: Elegir	Paso 3: Inscribirse
Revise la información en este paquete.	<b>Elija el (los) plan(es) que mejor se ajuste a las necesidades de cada persona mencionada.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscríbese en línea en: <a href="http://www.flmedicaidmanagedcare.com">www.flmedicaidmanagedcare.com</a></li> <li>Inscríbese por teléfono: 1-877-711-3662</li> </ul>
<b>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: &lt;PIN#&gt;</b>		

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



Correo de Vuelta: 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.

## 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](http://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.**

