



Estimado afiliado:

Gracias por su interés en nuestros Programas de premios para dejar de fumar (SMO) Healthy Behaviors (Comportamientos saludables). Está recibiendo este correo porque su administrador de casos o su médico lo refirieron, usted mismo se refirió o ha encontrado esto en nuestro sitio web. Su salud es importante para nosotros. Lo apoyaremos y recompensaremos por tomar pasos para mejorar su salud a través de nuestros programas.

Hay tres programas de SMO aparte a los que puede ingresar. Cada programa tiene diferentes pasos a seguir para ganar una recompensa. Lea los formularios del programa que vienen adjuntos para ver los detalles. Puede inscribirse en uno o ambos SMO programas si y cuando lo desee. Es su decisión. Cuando esté listo, solo tiene que decirle a su administrador de casos o a su médico que usted desea inscribirse en un programa.

¡Cuando complete cada programa, recibirá una recompensa que consiste en una tarjeta de regalo!

¿Desea inscribirse? Envíenos su formulario de inscripción. Para inscribirse después en otro programa, envíenos este formulario otra vez. Descargue una copia desde nuestro sitio web, www.simplyhealthcareplans.com/medicaid.

Luego, siga estos pasos:

1. Acuda a su médico y siga el plan para cada programa en el cual se ha inscrito.
2. Llene el formulario para cada programa en el cual se ha inscrito.
3. Infórmenos que completó su programa. Envíenos el formulario en una de estas maneras:
 - Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc.,
9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com
4. ¡Obtenga su recompensa!

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llámenos al 1-844-406-2396 para Florida Medicaid, 1-877-440-3738 para Long-Term Care o TTY 711, o envíenos un correo electrónico a HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com.

Adjuntos: Formulario de inscripción
 Formularios de los programas
 Aviso de no discriminación
 Reciba ayuda en otro idioma

Formulario del Programas de premios para dejar de fumar Healthy Behaviors 1

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Vaya a su médico para una consulta de apoyo.
2. Elija y asista a un programa para dejar de fumar/grupo de apoyo.
 - Tobacco-Free Florida
 - www.quitnow.net/florida
 - www.tobaccofreeflorida.com
 - www.tobaccofreeflorida.com/teens
 - Florida Quit Line: 1-877-U-CAN-NOW (1-877-822-6669) para hablar con un Quit Coach®
 - Area Health Education Center
 - AHEC I Clases para dejar de fumar cara a cara en las comunidades locales: www.ahectobacco.com
 - O llame al 1-87-QUIT-NOW-6 (1-877-848-6696)
3. Envíenos su certificado de asistencia al programa por correo, fax o correo electrónico (vea el No. 5 abajo).
4. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

5. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:
 - Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc., 9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com
6. **¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$50.** Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar los pasos indicados arriba en un plazo de 12 meses para ganarse la recompensa.

Queremos mantenernos en contacto. Díganos cómo comunicarnos con usted.

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de ID del afiliado: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/personal de cuidados principal (si aplica): _____

Formulario del Programas de premios para dejar de fumar Healthy Behaviors 2

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Deje de fumar, vapear y usar tabaco por un mes.
2. Asista a un programa para dejar de fumar/grupo de apoyo. (Esto es opcional).
3. Siga su plan de cuidados y permanezca libre de tabaco por un mes.
4. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

5. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:
 - Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc., 9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com
6. **¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$20.** Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar los pasos indicados arriba en un plazo de 12 meses para ganarse la recompensa.

Queremos mantenernos en contacto. Díganos cómo comunicarnos con usted.

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de ID del afiliado: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/personal de cuidados principal (si aplica): _____

