



Estimado padre/tutor del afiliado:

Gracias por su interés en nuestros Programas de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors (Comportamientos saludables). Está recibiendo este correo porque el administrador de casos o el médico de su hijo refirieron a su hijo, usted refirió a su hijo o ha encontrado esto en nuestro sitio web. La salud de su hijo es importante para nosotros. Lo apoyaremos y recompensaremos por tomar pasos para mejorar la salud de su hijo a través de nuestros programas.

Hay cinco programas aparte de asma en los que su hijo se puede inscribir. Cada programa tiene diferentes pasos a seguir para ganar una recompensa. Lea los formularios del programa que vienen adjuntos para ver los detalles. Su hijo puede inscribirse en tantos programas como desee. Es decisión de su hijo. Cuando esté listo, solo tiene que decirle al administrador de casos o al médico de su hijo que este desea inscribirse en un programa.

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

¿Desea inscribirse? Envíenos el formulario de inscripción de su hijo. Para inscribir a su hijo en otro programa más adelante, envíenos este formulario otra vez. Descargue una copia desde nuestro sitio web, www.simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids.

Luego, siga estos pasos:

- 1. Acuda al médico o administrador de casos de su hijo y siga el plan para cada programa en el cual su hijo se ha inscrito.
- 2. Llene el formulario para cada programa en el cual su hijo se ha inscrito.
- 3. Infórmenos que su hijo completó un programa. Envíenos el formulario en una de estas maneras:
 - Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Healthy Kids, 4200 W. Cypress St., Ste. 900, Tampa, FL 33607
 - Fax: 1-877-614-5321
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com
- 4. ¡Reciba la recompensa de su hijo!

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llámenos al 1-844-405-4298 (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





Programas de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors Formulario de inscripción

Llene y firme este formulario para inscribir a su hijo en uno o más de los Programas de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors. Para cada programa en que su hijo desee inscribirse, coloque una marca en la columna de la tabla ¡Sí, quiero inscribirme! abajo.

¡Sí, quiero	Programa	Descripción	Tarjeta
inscribirme!			de regalo
	1	Inscribirse en el programa de Administración de casos	\$20
		de asma	
	2	Llevar a su hijo al médico para una consulta sobre el asma	\$20
	3	Hacer un Plan de acción para el asma	\$20
	4	Surtir todos los medicamentos para el asma por seis meses	\$50
	5	Ponerle a su hijo una vacuna contra la influenza	\$20

Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:		
No. de ID del afiliado:	Número de teléi	Número de teléfono celular:		
Dirección de correo electrónico:				
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del padre/personal de cuida	dos principal:			
¿Cómo le gustaría que lo contactem administrador de casos de su hijo par cualquier momento).	ra cancelar su inscripc	ión de estas comun		
Firme el nombre de su hijo		F	echa	

Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:

- Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc. Florida Healthy Kids, 4200 W. Cypress St., Ste. 900, Tampa, FL 33607
- Fax: 1-877-614-5321

Díganos cómo contactarlo.

• Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llámenos al 1-844-405-4298 (TTY 711) o envíenos un correo electrónico a HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com. ¡Felicitaciones por dar un paso hacia una mejor salud para su hijo!





Estado Código postal

Formulario del Programa de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors 1

Después de que su hijo se haya inscrito en este programa:

1. Hable con el administrador de casos de su hijo sobre su asma. Complete una Evaluación de riesgo de salud para el asma. Si su hijo califica, el administrador de casos inscribirá a su hijo en nuestro programa de Administración de casos de asma. 2. Firme abajo. Pídale al administrador de casos de su hijo que también firme. Firme el nombre de su hijo ______ Fecha _____ Firma del administrador de casos Fecha* *Ingrese la fecha solo si completó la HRA electrónicamente/telefónicamente 3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas: • Correo: Healthy Behaviors, Simply Healthcare Plans, Inc. — Florida Healthy Kids, 4200 W. Cypress St., Ste. 900, Tampa, FL 33607 • Fax: 1-877-614-5321 Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com ¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir la tarjeta de regalo de \$20 de su hijo. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados. Nota: Una vez que su hijo se haya inscrito en este programa, los pasos listados anteriormente deben ser completados en un plazo de 12 meses para ganar 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:

Ciudad

Nombre del padre/personal de cuidados principal:

Dirección física





Despu	és de que su hijo se haya ins	crito en este programa:		
1.	Lleve a su hijo al médico para una consulta sobre el asma.			
2.	Firme abajo. Pídale al médi su hijo que envíe el reclamo		• •	dale al médico de
	Firme el nombre de su hijo		Fech	a
	Firma del médico		Fecha	
3.	4200 W. Cypress St., Sto • Fax: 1-877-614-5321	rmado en una de estas fo ors, Simply Healthcare P e. 900, Tampa, FL 33607 althyBehaviors@simplyh	ans, Inc. — Florida H	lealthy Kids,
regalo	o, reciba un certificado de re o de \$20 de su hijo. Las recor o o medicamentos recetados	mpensas no pueden usar	• •	-
	Una vez que su hijo se haya ser completados en un plaz	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		anteriormente
Quere	emos mantenernos en conta	cto. Díganos cómo com	unicarnos con usted	
Nomb	re del afiliado:		Fecha de nacimiento	o:
No. de	e ID del afiliado:	Número de teléf	ono celular:	
Direco	ión de correo electrónico:			
Direco	ión física	Ciudad	Estado	Código postal
Nomb	re del padre/personal de cui	dados principal:		





Des

Despu	iés de que su hijo se haya	inscrito en este programa:		
1.	Cree un Plan de acción para el asma (AAP) para su hijo con su médico. Pídale al administrador de casos de su hijo un AAP.			
2.	Firme abajo. Pídale al m	édico de su hijo que tambiér	ı firme.	
	Firme el nombre de su l	nijo	Fecha	l
	Firma del médico		Fecha	l
3.	Envíenos este formulari	o firmado en una de estas fo	rmas:	
	4200 W. Cypress St. • Fax: 1-877-614-5322	aviors, Simply Healthcare Pla , Ste. 900, Tampa, FL 33607 L HealthyBehaviors@simplyhe		ealthy Kids,
regalo		e recompensa por correo! Lo compensas no pueden usars dos.	= = =	=
		iya inscrito en este programa olazo de 12 meses para ganar	•	anteriormente
Quere	emos mantenernos en co	ntacto. Díganos cómo comu	nicarnos con usted.	
Nomb	re del afiliado:	F	echa de nacimiento	:
No. de	e ID del afiliado:	Número de teléfo	no celular:	
Direco	ción de correo electrónico	:		
Direco	ión física	Ciudad	Estado	Código posta
Nomb	re del padre/personal de	cuidados principal:		





Despu	és de que su hijo se haya	inscrito en este programa:		
1.	Surta los medicamentos para el asma de su hijo por seis meses.			
2.	Firme abajo. Pídale al médico de su hijo que también firme. Además, pídale al médic su hijo que envíe el (los) reclamo(s) a Simply — Florida Healthy Kids.			
	Firme el nombre de su h	ijo	Fecha	
	Firma del médico		Fecha	
3.	Envíenos este formulario	o firmado en una de estas f	ormas:	
	4200 W. Cypress St., • Fax: 1-877-614-5321	aviors, Simply Healthcare P Ste. 900, Tampa, FL 33607 HealthyBehaviors@simplyh		ealthy Kids,
regalo		e recompensa por correo! L compensas no pueden usar dos.	= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =	-
		ya inscrito en este program lazo de 12 meses para gana		anteriormente
Quere	emos mantenernos en cor	ntacto. Díganos cómo com	unicarnos con usted.	
Nomb	re del afiliado:		Fecha de nacimiento):
No. de	e ID del afiliado:	Número de teléf	ono celular:	
Direco	ión de correo electrónico	:		
Direco	ión física	Ciudad	Estado	Código postal
Nomb	re del padre/personal de	cuidados principal:		





Después de que su hijo se haya inscrito en este programa:

_ 00 00.	es de que su mje se maya m	en eere b. e8. aa.		
1.	Póngale a su hijo una vac	una contra la influenza.		
2.	Firme abajo. Pídale al médico o farmacéutico de su hijo que también firme. Además, pídale a su médico que envíe el reclamo a Simply — Florida Healthy Kids.			
	Firme el nombre de su hi	io	Fecha	
	Firma del médico o farma	océutico		Fecha
3.	Envíenos este formulario	firmado en una de estas f	ormas:	
	4200 W. Cypress St., S • Fax: 1-877-614-5321	viors, Simply Healthcare P Ste. 900, Tampa, FL 33607 ealthyBehaviors@simplyh		ealthy Kids,
regalo	o, reciba un certificado de de \$20 de su hijo. Las rec o o medicamentos recetad	ompensas no pueden usar	•	•
	Una vez que su hijo se hay ser completados en un pla	• •	•	nteriormente
Quere	mos mantenernos en con	tacto. Díganos cómo com	unicarnos con usted.	
Nomb	re del afiliado:		Fecha de nacimiento	
No. de	ID del afiliado:	Número de teléf	ono celular:	
Direcc	ión de correo electrónico:			
Direcc	ión física	Ciudad	Estado	Código posta
Nomb	re del padre/personal de c	uidados principal:		