

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](http://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](mailto: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](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com).

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





### Formulario del Programa de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors 2

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

1. Lleve a su hijo al médico para una consulta sobre el asma.
2. Firme abajo. Pídale al médico de su hijo que también firme. Además, pídale al médico de su hijo que envíe el reclamo a Simply — Florida Healthy Kids.

Firme el nombre de su hijo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/personal de cuidados principal: \_\_\_\_\_

### Formulario del Programa de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors 3

Después 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 médico de su hijo que también firme.

Firme el nombre de su hijo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/personal de cuidados principal: \_\_\_\_\_



### Formulario del Programa de recompensas para el Control del asma Healthy Behaviors 5

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

1. Póngale a su hijo una vacuna 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 hijo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico o farmacéutico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/personal de cuidados principal: \_\_\_\_\_