

Estimado padre o tutor del afiliado:

Gracias por su interés en nuestros Programas de recompensas para Dejar de fumar (SMO) 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. Apoyaremos y recompensaremos a su hijo por tomar pasos para una mejor salud a través de nuestros programas.

Hay tres programas aparte de SMO 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 uno o más programas de SMO si y cuando lo desee. Es decisión de su hijo. Cuando esté listo, solo tiene que decirle al administrador de casos o al médico de su hijo cuando su hijo desee inscribirse en un programa de SMO.

¡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 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

Formulario del Programa de recompensas para Dejar de fumar Healthy Behaviors 1

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

1. Visitar a su médico para una consulta de apoyo.
2. Elegir y asistir a un programa para dejar de fumar/grupo de apoyo.
 - Tobacco-Free Florida
 - www.quitnow.net/florida
 - Florida Quit Line (Línea para dejar de fumar de Florida): 1-877-U-CAN-NOW (1-877-822-6669) para hablar con un Quit Coach®
 - Area Health Education Center
 - AHEC 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. Enviarnos su certificado de asistencia al programa por correo, fax o correo electrónico (vea el No. 5 abajo).
4. Firmar abajo; si es menor de 18 años, firme en su nombre. Pídale al médico de su hijo que también firme.

Firme el nombre de su hijo _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

5. Enviarnos 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, recibirá un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir la tarjeta de regalo de \$50 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 Dejar de fumar Healthy Behaviors 2

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

1. Dejar de fumar, vapear y usar tabaco por un mes.
2. Asistir a un programa para dejar de fumar/grupo de apoyo. (Esto es opcional).
3. Seguir su plan de cuidados y permanecer libre de tabaco por un mes.
4. Firmar abajo; si es menor de 18 años, firme en su nombre. Pídale al médico de su hijo que también firme.

Firme el nombre de su hijo _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

5. Enviarnos 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, recibirá 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 Dejar de fumar Healthy Behaviors 3

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

1. Dejar de fumar, vapear y usar tabaco por tres meses.
2. Asistir a un programa para dejar de fumar/grupo de apoyo. (Esto es opcional).
3. Seguir su plan de cuidados y permanecer libre de tabaco por tres meses.
4. Firmar abajo; si es menor de 18 años, firme en su nombre. Pídale al médico de su hijo que también firme.

Firme el nombre de su hijo _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

5. Enviarnos 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, recibirá 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: _____