

Reforma de Medicaid de la Florida

Beneficios Aumentados Formulario Universal

Instrucciones

Primero: Participe y cumpla unas de las conductas saludables indicadas en este formulario.

Segundo: Llene todo este formulario y fírmelo.

Tercero: Si hay una línea debajo de la conducta saludable, escriba el nombre de la conducta que ha cumplido, ahí en la línea.

Cuarto: Segure la firma en este formulario del proveedor o apoyador de la conducta saludable.

Quinto: Envié por correo o fax, este formulario completo a su plan de salud, revise la lista de contactos en la página dos.

Nota: Este ejemplo en español del formulario esta aquí solamente para ayudar a conocerlo. El formulario se tiene que cumplir y presentar en inglés.

de indentificación del beneficiario en su Medicaid de la Florida

or

de indentificación del Beneficiario en su Plan de Salud

Apellido del beneficiario

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

 / /

Primer nombre del beneficiario

Beneficiary's Address

City

State Zip

Conducta Saludable Cumplida:(Favor, marque solamente una conducta) Solamente una conducta será procesada por cada formulario.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programa para Administrar Enfermedad de Fallo Congestive del Corazón (EB001) <input type="checkbox"/> Programa Para Administrar Enfermedad de Diabetes (EB 002) <input type="checkbox"/> Programa para Administrar Enfermedad de Asma (EB 003) <input type="checkbox"/> Programa para Administrar Enfermedad de VIH/SIDA (EB 004) <input type="checkbox"/> Programa para Administrar Hipertensión (EB 005) <input type="checkbox"/> Otros Programas para Administrar Enfermedades (EB 006) <input type="checkbox"/> Vacuna para Influenza (EB 007) <input type="checkbox"/> Programa para Tratamiento del Abuso de Alcohol, 6 meses de éxito (EB 109) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programa para Tratamiento del Abuso de Drogas (EB010) <input type="checkbox"/> Programa para tratamiento del Abuso de Drogas, 6 meses de éxito (EB110) <input type="checkbox"/> Programa para Dejar de Fumar (EB 011) <input type="checkbox"/> Programa Para Dejar de Fumar, 6 meses de éxito (EB111) <input type="checkbox"/> Programa para Hacer Ejercicios (EB 012) <input type="checkbox"/> Programa par Hacer Ejercicios, 6 meses de éxito (EB112) <input type="checkbox"/> Programa para Controlar su Peso (EB 013) <input type="checkbox"/> Programa para Controlar su Peso, 6 meses de éxito (113) <input type="checkbox"/> Limpieza Oral (servicios preventivos) (EB 008) <input type="checkbox"/> Programa para Tratamiento del Abuso de Alcohol (EB 009) |
|---|---|

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

Informacion del Proveedor/Apoyador

Fechas de Participación: Comensó Fecha _____	Terminó Fecha _____
Nombre del Proveedor/Apoyador _____	Nombre de la Organización _____
Teléfono _____	Dirección _____
Firma del Proveedor/Apoyador _____	_____

Certificación del Proveedor y Beneficiario:

Yo certifico que la información en este formulario es correcta y la verdad a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si doy información que no es la verdad o está incompleta, me pueden castigar por ley. También entiendo que esta información sera guardada como confidencial en acuerdo con la ley de la Florida y ley Federal.

Solamente para el uso del plan de salud:

Date Received: _____	Complete Form: _____
Incomplete Form: _____	Notified if Incomplete: _____

Información sobre este formulario

- Este formulario se puede cumplir por el beneficiario, o el proveedor/apoyador de la conducta saludable aprobada por el beneficiario.
- Este formulario se debe llenar completamente para ser procesado (se requieren las firmas del proveedor/apoyador y del beneficiario para procesar)
- El beneficiario debe de hacer y guardar una copia del completo y firmado formulario.
- Participación en una conducta saludable se confirma por el proveedor/apoyador de la conducta saludable.
- Solamente una conducta saludable, hasta el límite de cada conducta, se permite en cada uno formulario.
- Si usted tiene algunas preguntas sobre el formulario o el programa de Cuentas Aumentadas, favor de visitar la red electrónica de la Reforma de Medicaid en la Florida en http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits o póngase en contacto con su oficina de Medicaid en el condado de Duval 904-353-2100, correo electrónico Area4MedicaidHelp@ahca.myflorida.com o la oficina en el condado de Broward 954-202-3214, correo electrónico A10info@ahca.myflorida.com.

Información para contactar los planes de Medicaid en la Florida

Solamente en Broward		Solamente en Duval	Broward/Duval/Baker/ Clay/Nassau
<p>AMERIGROUP COMMUNITY CARE Attention: Healthy Behaviors 4200 West Cypress Street, Suite 900 Tampa, FL 33607 1-800-827-4221 1-866-588-4761 Fax www.myamerigroup.com</p> <p>VISTA HEALTHPLAN, INC. (BUENA VISTA) P.O. Box 95-9011 MS SR1115 Sunrise FL, 33345-9011 1-800-977-6865 954-858-3200 Fax www.vistahealthplan.com</p> <p>HUMANA FAMILY 3501 SW 160th Avenue Miramar, FL 33027 1-800-897-9823 1-877-258-5904 Fax</p> <p>VISTA HEALTHPLAN OF SOUTH FLORIDA, INC. P.O. Box 95-9011 MS SR1115 Sunrise, FL 33345-9011 1-800-977-7338 954-858-3200 Fax www.vistahealthplan.com</p> <p>PREFERRED MEDICAL PLAN, INC. 4950 SW 8th Street Coral Gables, FL 33134 1-800-767-5551 or 305-447-8373 305-648-4094 Fax www.pmphmo.com</p> <p>CMSN-BROWARD 1525 NW 167th Street, Suite 103 Miami, FL 33169 1-866-209-5022</p> <p>SOUTH FLORIDA COMMUNITY CARE NETWORK 1525 NW 167th Street, Suite 103 Miami, FL 33169 1-866-899-4828 North Broward Hospital District 954-767-5604 Fax Memorial Healthcare System 954-602-2810 Fax www.sfccn.org</p>	<p>FLORIDA NETPASS, LLC 801 East Hallandale Beach Boulevard, Suite 200 Hallandale, FL 33009 1-877-372-1273 1-800-615-0148 Fax www.floridanetpass.com</p> <p>PEDIATRIC ASSOCIATES HEALTH PLAN 2700 West Cypress Creek Road, Suite D-116 Fort Lauderdale, FL 33309 954-302-6100 954-302-6140 Fax www.pediatricassociates.com</p> <p>TOTAL HEALTH CHOICE 8701 SW 137 Avenue, Suite 200 Miami, FL 33183 1-800-213-1133 305-408-5861 Fax www.totalhealthchoiceonline.com</p> <p>FREEDOM HEALTH PLAN P.O. Box 152697 Tampa, FL 33684 1-888-796-0946 727-471-2108 Fax www.freedomhealth.com</p> <p>BETTER HEALTH, LLC 12905 S.W. 42nd Street, Suite 211 Miami, Florida 33175 (800) 514-4561 (877) 915-0553 Fax www.betterhealthflorida.com</p> <p>MOLINA HEALTHCARE OF FLORIDA, INC. 8300 NW 33rd Street, Suite 400 Doral, FL 33122 1-866-472-4585 Fax 1-866-422-6445 www.molinahealthcare.com</p>	<p>CMS DUVAL/PED-I-CARE 1701 SW 16th Avenue, Building A Gainesville, FL 32608 1-866-376-2456 352-955-6518 Fax http://pedicare.peds.ufl.edu</p> <p>SHANDS JAX D/B/A FIRST COAST ADVANTAGE 580 West 8th Street, T-20 Jacksonville, FL 32209 904-244-9016 904-244-9409 Fax www.firstcoastadvantage.com</p>	<p>UNITED HEALTHCARE OF FLORIDA, INC. 495 North Keller Road, Suite 200 Maitland, FL 32751 1-888-216-0015 407-659-7150 Fax www.uhcmedicaid.com</p> <p>ACCESS HEALTH SOLUTIONS 400 Sawgrass Corporate Parkway, Suite 100 Sunrise, FL 33325 1-866-291-6171 1-866-851-4330 Fax www.accessmpn.com</p>
		Broward/Duval	
		<p>HEALTHLEASE P.O. Box 31370 Tampa FL 33631-3370 1-800-278-0656 813-262-2802 Fax www.wellcare.com</p> <p>STAYWELL P.O. Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 1-866-334-7927 813-262-2802 Fax www.wellcare.com</p> <p>UNIVERSAL HEALTH CARE 100 Central Ave, Suite 200 St. Petersburg, FL 33701 phone 1-866-690-4842 fax 727-821-1894 www.univhc.com</p>	