

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.

Programa para Administrar Enfermedad de Fallo Congestive del Corazón (EB001)

Programa Para Administrar Enfermedad de Diabetes (EB 002)

Programa para Administrar Enfermedad de Asma (EB 003)

Programa para Administrar Enfermedad de VIH/SIDA (EB 004)

Programa para Administrar Hipertensión (EB 005)

Otros Programas para Administrar Enfermedades (EB 006)

Vacuna para Influenza (EB 007)

Programa para Tratamiento del Abuso de Alcohol, 6 meses de éxito (EB 109)

Programa para Tratamiento del Abuso de Drogas (EB010)

Programa para tratamiento del Abuso de Drogas, 6 meses de éxito (EB110)

Programa para Dejar de Fumar (EB 011)

Programa Para Dejar de Fumar, 6 meses de éxito (EB111)

Programa para Hacer Ejercicios (EB 012)

Programa par Hacer Ejercicios, 6 meses de éxito (EB112)

Programa para Controlar su Peso (EB 013)

Programa para Controlar su Peso, 6 meses de éxito (113)

Limpieza Oral (servicios preventivos) (EB 008)

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

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

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

HUMANA FAMILY
3501 SW 160th Avenue
Miramar, FL 33027
1-800-897-9823
1-877-258-5904 Fax

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

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

CMSN-BROWARD
1525 NW 167th Street,
Suite 103
Miami, FL 33169
1-866-209-5022

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

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

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

TOTAL HEALTH CHOICE
8701 SW 137 Avenue, Suite 200
Miami, FL 33183
1-800-213-1133
305-408-5861 Fax
www.totalhealthchoiceonline.com

FREEDOM HEALTH PLAN
P.O. Box 152697
Tampa, FL 33684
1-888-796-0946
727-471-2108 Fax
www.freedomhealth.com

Solamente en Duval

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>

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

Broward/Duval

HEALTHLEASE
P.O. Box 31370
Tampa FL 33631-3370
1-800-278-0656
813-262-2802 Fax
www.wellcare.com

STAYWELL
P.O. Box 31370
Tampa, FL 33631-3370
1-866-334-7927
813-262-2802 Fax
www.wellcare.com

UNIVERSAL HEALTH CARE
150 2nd Avenue North, Suite 400
St. Petersburg, FL 33701
1-866-690-4842
727-822-3556 Fax
www.univhc.com

Broward/Duval/Baker/ Clay/Nassau

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

ACCESS HEALTH SOLUTIONS
400 Sawgrass Corporate Parkway,
Suite 100
Sunrise, FL 33325
1-866-291-6171
1-866-851-4330 Fax
www.accessmpn.com