

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/medicaid_reform/index.shtml 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

HUMANA FAMILY

3501 SW 160th Avenue
Miramar, FL 33027
1-800-477-6931
1-877-258-5904 Fax

TOTAL HEALTH CHOICE

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

CMSN-BROWARD

1525 NW 167th Street, Suite 103
Miami, FL 33169
Telephone number: 1-866-209-5022
North fax: 1-954-767-5604
South fax: 1-954-602-2810
www.sfccn.org

FREEDOM HEALTH, INC.

5403 N Church Ave.
Tampa, FL 33614
Phone: 1-877-655-2424
Fax: 1-813-506-6151
www.freedomhealth.com

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

BETTER HEALTH, LLC

12905 S.W. 42nd Street, Suite 211
Miami, Florida 33175
(800) 514-4561
(877) 915-0553 Fax
www.betterhealthflorida.com

MEDICA HEALTH PLANS OF FLORIDA, INC.

4000 Ponce De Leon Blvd., Suite 750
Coral Gables, FL 33166
Telephone number: 1-888-871-9624
Fax: 1-305-448-5102

MOLINA HEALTH CARE OF FLORIDA, INC.

8300 NW 33rd Street, Suite 400
Doral, FL 33122
1-866-472-4585
Fax 1-866-422-6445
www.molinahealthcare.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
www.pedicare.peds.ufl.edu

FIRST COAST ADVANTAGE

580 West 8th Street, T-20
Jacksonville, FL 32209
1-866-270-2422
904-244-9409 Fax
www.firstcoastadvantage.com

Broward/Duval

UNIVERSAL HEALTH CARE
100 Central Ave, Suite 200
St. Petersburg, FL 33701
phone 1-866-690-4842
www.univhc.com

Broward/Duval/Baker/ Clay/Nassau

SUNSHINE STATE HEALTH PLAN, INC.

400 Sawgrass Corporate Parkway,
Suite 100
Sunrise, FL 33325
1-866-796-0530
www.sunshinestatehealth.com

Duval/Baker/ Clay Nassau

UNITED HEALTHCARE OF FLORIDA, INC.

13621 NW 12th. Street
Sunrise, FL 33323
Telephone number:
1-888-216-0015
www.uhcmedicaid.com