



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



Estimado afiliado:

Gracias por su interés en nuestros Programas de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors (Comportamientos saludables). Está recibiendo este correo porque su administrador de casos o su médico lo refirieron, usted mismo se refirió o ha encontrado esto en nuestro sitio web. Su salud es importante para nosotros. Lo apoyaremos y recompensaremos por tomar pasos para mejorar su salud a través de nuestros programas.

Hay cinco programas aparte para el 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. Puede inscribirse en uno o en todos los cinco programas si y cuando lo desee. Es su decisión. Cuando esté listo, solo tiene que decirle a su administrador de casos o a su médico que usted desea inscribirse en un programa.

¡Cuando complete cada programa, recibirá una recompensa que consiste en una tarjeta de regalo!

¿Desea inscribirse? Envíenos su formulario de inscripción. Para inscribirse después en otro programa, envíenos este formulario otra vez. Descargue una copia desde nuestro sitio web, www.clearhealthalliance.com/member.

Luego, siga estos pasos:

1. Acuda a su médico, administrador de casos o farmacéutico y siga el plan para cada programa en el cual se ha inscrito.
2. Llene el formulario para cada programa en el cual se ha inscrito.
3. Infórmenos que completó su programa. Envíenos el formulario en una de estas maneras:
 - Correo: CHA Healthy Behaviors Programs, 9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llámenos al 1-844-406-2398 (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



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



**Programas de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors
Formulario de inscripción**

Llene y firme este formulario para inscribirse en uno o más de los Programas de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors. Para cada programa en que desee inscribirse, coloque una marca en la columna de la tabla **¡Sí, quiero inscribirme!** abajo.

¡Sí, quiero inscribirme!	Programa	Descripción	Tarjeta de regalo
	1	Inscríbase con su administrador de casos	\$20
	2	Vea a su médico para una visita sobre el asma	\$20
	3	Haga su plan de acción para el asma	\$20
	4	Surta sus medicamentos para el asma por seis meses	\$50
	5	Póngase su vacuna contra la influenza	\$20

Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Díganos cómo contactarlo.

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 (si aplica): _____

¿Cómo le gustaría que lo contactemos? (Marque todos los que apliquen. Contacte a su administrador de casos para cancelar su inscripción de estas comunicaciones en cualquier momento). Llamada Texto Correo electrónico

Firme su nombre _____ **Fecha** _____

Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:

- Correo: CHA Healthy Behaviors Programs, 9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
- Fax: 1-855-329-5289
- Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llámenos al 1-844-406-2398 (TTY 711) o envíenos un correo electrónico a HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com.

¡Felicitaciones por dar un paso hacia una mejor salud!



Formulario del Programa de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors 1

Después de habernos enviado su formulario de inscripción firmado:

1. Hable con su administrador de casos sobre su asma. Si califica, lo inscribirán en un plan de administración de casos, control de enfermedades o programa clínico.
2. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme. Además, pídale a su médico que envíe el reclamo a CHA.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:
 - Correo: CHA Healthy Behaviors Programs, 9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$20. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar las tareas indicadas arriba en un plazo de 12 meses para ganarse 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 (si aplica): _____



Formulario del Programa de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors 2

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Vea a su médico para una visita sobre el asma.
2. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme. Además, pídale a su médico que envíe el reclamo a CHA.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:

- Correo: CHA Healthy Behaviors Programs,
9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
- Fax: 1-855-329-5289
- Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$20. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar las tareas indicadas arriba en un plazo de 12 meses para ganarse 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 (si aplica): _____



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



Formulario del Programa de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors 3

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Cree su Plan de acción para el asma con su médico.
2. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:

- Correo: CHA Healthy Behaviors Programs,
9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
- Fax: 1-855-329-5289
- Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$20. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar las tareas indicadas arriba en un plazo de 12 meses para ganarse 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 (si aplica): _____



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



Formulario del Programa de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors 4

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Surta sus medicamentos para el asma por seis meses.
2. Firme abajo. Pídale a su médico que también firme. Además, pídale a su médico que envíe el (los) reclamo(s) a CHA.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:
 - Correo: CHA Healthy Behaviors Programs,
9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$50. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar las tareas indicadas arriba en un plazo de 12 meses para ganarse 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 (si aplica): _____



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



Formulario del Programa de recompensas para el control del asma Healthy Behaviors 5

Después de que esté inscrito en este programa:

1. Póngase su vacuna contra la influenza.
2. Firme abajo. Pídale a su médico o farmacéutico que también firme. Además, pídale a su médico que envíe el reclamo a CHA.

Firme su nombre _____ Fecha _____

Firma del médico o farmacéutico _____ Fecha _____

3. Envíenos este formulario firmado en una de estas formas:
 - Correo: CHA Healthy Behaviors Programs,
9250 W. Flagler St., Ste. 600, Miami, FL 33174-3460
 - Fax: 1-855-329-5289
 - Correo electrónico: HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com

¡Luego, reciba un certificado de recompensa por correo! Lo usará para pedir su tarjeta de regalo de \$20. Las recompensas no pueden usarse para juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

Nota: Una vez que esté inscrito en este programa, debe completar las tareas indicadas arriba en un plazo de 12 meses para ganarse 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 (si aplica): _____