



Health Plan

[www.clearhealthalliance.com/member](http://www.clearhealthalliance.com/member)



Estimado padre/tutor del afiliado:

**Gracias por su interés en nuestros Programas de recompensas para Consultas de niño sano (WCV2) Healthy Behaviors (Comportamientos saludables).** Está recibiendo este correo porque el administrador de casos o el médico de su hijo, refirieron a su hijo o usted ha encontrado esto en nuestro sitio web. La salud de su hijo es importante para nosotros. Apoyaremos y recompensaremos a nuestros afiliados por tomar pasos para mejorar su salud a través de nuestros programas.

Hay dos programas aparte para WCV2 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 inscribir a su hijo en uno o ambos programas de WCV2 si y cuando lo desee. Es su decisión. Cuando esté listo, solo tiene que decirle al administrador de casos o al médico de su hijo que usted desea inscribir a su hijo en un programa.

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

**¿Desea inscribir a su hijo?** Envíenos un formulario de inscripción. Para inscribirlo después en otro programa, envíenos este formulario otra vez. Descargue una copia desde nuestro sitio web, [www.clearhealthalliance.com/member](http://www.clearhealthalliance.com/member).

**Luego, siga estos pasos:**

1. Acuda al médico de su hijo y siga el plan para cada programa en el cual se ha inscrito su hijo.
2. Llene el formulario para cada programa en el cual se ha inscrito su hijo. Además, pídale al médico de su hijo que firme el formulario.
3. Infórmenos que su hijo 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](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com)

**¿Tiene preguntas o necesita ayuda?** Llámenos al 1-844-406-2398 (TTY 711) or o envíenos un correo electrónico a [HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com](mailto: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](http://www.clearhealthalliance.com/member)



**Programas de recompensas para Consultas de niño sano Healthy Behaviors  
Formulario de inscripción**

Llene y firme este formulario para inscribir a su hijo en uno o ambos Programas de recompensas para Consultas de niño sano (WCV2) Healthy Behaviors. Para cada programa en que desee inscribirse, coloque una marca en la columna de la tabla ¡Sí, quiero inscribirme! abajo.

**Nota:** Los niños deben tener de 2 a 20 años de edad con el fin de calificar para inscribirse en estos programas.

¡Sí, quiero inscribirme!	Programa	Descripción	Tarjeta de regalo
	WCV2-1	Llevar a su hijo al médico para una consulta de niño sano	\$20
	WCV2-2	Llevar a su hijo al médico para que le pongan todas las vacunas recomendadas para su edad	\$50

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 al administrador de casos de su hijo para cancelar su inscripción de estas comunicaciones en cualquier momento).  Llamada     Texto     Correo electrónico

Firme el nombre de su hijo \_\_\_\_\_ 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](mailto: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](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com). ¡Felicitaciones por dar un paso hacia una mejor salud para su hijo!



## Formulario del Programa de recompensas para Consultas de niño sano Healthy Behaviors 1

Después de que su hijo esté inscrito en el programa:

- Lleve a su hijo al médico para una consulta de niño sano. Si su hijo ya ha tenido su consulta de niño sano en los últimos 12 meses, salte al paso No. 2.
- Firme abajo. Pídale al médico de su hijo que también firme. Además, pídale al médico que envíe el reclamo a CHA.

Firme el nombre de su hijo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ 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](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com)

**¡Luego, reciba 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 esté 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 (si aplica): \_\_\_\_\_



Health Plan

www.clearhealthalliance.com/member



**Formulario del Programa de recompensas para Consultas de niño sano Healthy Behaviors 2**

Después de que su hijo esté inscrito en el programa:

1. Lleve a su hijo al médico para que le pongan todas las vacunas recomendadas para su edad. Si su hijo ya se ha puesto estas vacunas en los últimos 12 meses, salte al paso No. 2.
2. Firme abajo. Pídale al médico de su hijo que también firme. Además, pídale al médico que envíe el reclamo a CHA.

Firme el nombre de su hijo \_\_\_\_\_ 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](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com)

**¡Luego, reciba 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 esté 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 (si aplica): \_\_\_\_\_