



Enhanced Benefits REWARDS Program for Reform Members from Florida Medicaid

As an EZ CARE member in a Florida Medicaid Reform Plan you can be part of a reward program called Enhanced Benefits Reward\$ Program. You can earn credits that you can spend on health-related products. Visit the Florida Medicaid website below for information on the program and how to take part.

http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits or
call the Enhanced Benefits Call Center 1-866-421-8474

Please note that EZ CARE might not provide some of the healthy behaviors listed then you must use the Enhanced Benefits Universal Form to report.

This form must be submitted to EZ CARE to the Member Services Department
at the following address:

Medica Health Plans of Florida, Inc.
Member Services Department
4000 Ponce De Leon Blvd., Suite 650
Coral Gables, FL 33146

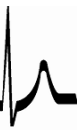


Remember to visit

http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits

or

call the Enhanced Benefits Call Center 1-866-421-8474



ENHANCED BENEFITS REWARD\$ PROGRAM

Welcome to Florida Medicaid Reform. Each family member listed above is a part of a new reward program called the Enhanced Benefits Reward\$ Program. This program allows you to earn credits that you can spend on health-related products. All you need to do to earn credits is take part in an approved healthy behavior in the chart listed on the back. Examples of healthy behaviors on the list are: immunizations for children; dental check-ups for children; taking your maintenance drugs as prescribed; and weight loss programs.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Who is eligible?

If you are enrolled in a Florida Medicaid Reform Plan, you are eligible to earn credits in the Enhanced Benefits Reward\$ Program.

How do I earn credits?

You earn credits by taking part in healthy behaviors, like the ones listed in the chart.

How much can I earn?

Each person listed above may earn credits worth up to \$125.00 per year. See chart for activity credit limits.

How will I know when I have credits in my account?

When you earn credits, you will get a statement from Florida Medicaid showing how many credits you have earned. It may take up to 90 days after completing a healthy behavior for the credits to show up in your account.

How do I buy items using my earned credits?

You may use your credits at any Florida Medicaid participating pharmacy to purchase over the counter health related products. You must provide your Florida Medicaid ID number and a picture ID. You must take the item(s) to the pharmacy counter to check out.

What is the Enhanced Benefits Universal Form?

The Enhanced Benefits Universal Form is used to record an approved healthy behavior that is not provided by your health plan. Please see the chart for more information.

Letter_Number / Area_Number / Page_Number

First 7 digits of the first Recipient ID#

Remember ... it's easy to get help. Call toll-free: 1-866-421-8474

8 a.m. – 8 p.m. Monday-Thursday; 8 a.m. - 7p.m. Friday

TTY users ONLY call 1-866-467-4970

If you need Enhanced Benefits materials in large print, audiotope or Braille, contact the Call Center.

	Behavior Name	Behavior Reported By	Credit Amount Per Behavior	Behavior Limit Per Year
Children	Childhood Dental Exam	Doctor	\$25.00	3
	Childhood Vision Exam	Doctor	\$25.00	1
	Childhood Preventative Care (age-appropriate screenings and immunizations)	Doctor	\$25.00	Any Combination, up to 5
	Childhood Wellness Visit	Doctor	\$25.00	
	Keep all Primary Care Appointments	Doctor	\$7.50	
Adults	Keep all Primary Care Appointments	Doctor	\$7.50	1
	Mammogram	Doctor	\$25.00	1
	Pap Smear	Doctor	\$25.00	1
	Colorectal Screening	Doctor	\$25.00	1
	Adult Vision Exam	Doctor	\$25.00	1
	Adult Dental Cleaning (Preventative Services)	Beneficiary	\$15.00	3
	PSA Blood Test (Men only)	Health Plan	\$15.00	1
Adults & Children	Compliance with Prescribed Maintenance Medications	Doctor	\$7.50	4
	Diabetes Maintenance Blood Test	Health Plan	\$15.00	1
	Healthy Start Screening – Office Visit (during 1st 3 months of pregnancy)	Health Plan	\$15.00	1
Additional Behaviors/Universal Form	Disease Management Participation	Beneficiary/Health Plan	\$25.00	1
	Alcohol and/or Drug Treatment Program	Beneficiary	\$25.00	1
	Alcohol and/or Drug Treatment Program 6 Month Success	Beneficiary	\$15.00	2
	"Stop Smoking" Program Participation	Beneficiary	\$25.00	1
	"Stop Smoking" Program Participation 6 Month Success	Beneficiary	\$15.00	2
	Weight Loss Program Participation	Beneficiary	\$25.00	1
	Weight Loss Program Participation 6 month Success	Beneficiary	\$15.00	2
	Exercise Program Participation	Beneficiary	\$25.00	1
	Exercise Program Participation 6 Month Success	Beneficiary	\$15.00	2
Flu Shot When Recommended By Physician	Beneficiary/Health Plan	\$25.00	1	

How do I get more information?

You may call the Enhanced Benefits Call Center at **1-866-421-8474** or go to our web site at http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits

Remember ... it's easy to get help. Call toll-free: 1-866-421-8474
8 a.m. – 8 p.m. Monday – Thursday; 8 a.m. – 7 p.m. Friday
TTY users ONLY call 1-866-467-4970

If you need Enhanced Benefits materials in large print, audiotape or Braille, contact the Call Center.



ENHANCED BENEFITS REWARD\$ PROGRAM

Bienvenido a Florida Medicaid Reform. Cada miembro de la familia que esta en la lista de arriba es parte de un programa nuevo que se llama Enhanced Benefits Reward\$ Program. Este programa le permite ganar créditos que usted puede utilizar para comprar productos relacionados con la salud. Lo que necesita hacer para ganar créditos es tomar parte de las conductas saludables que aparecen en la tabla que esta atrás de esta carta. Algunos ejemplos de comportamientos saludables de la lista son: vacunas para niños, chequeos dentales para niños, tomar las medicinas tal como se las prescribe el medico, y participar en programas para bajar de peso.

Preguntas Frecuentes

¿Quién es elegible?

Si usted esta inscrito con Florida Medicaid Reform Plan, usted será elegible para acumular y utilizar créditos en Enhanced Benefits Reward\$ Program.

¿Cómo puedo ganar créditos?

Usted puede ganar créditos participando en conductas y actividades saludables, como las que aparecen en la tabla.

¿Cuántos créditos puedo acumular?

Cada persona puede acumular hasta \$125.00 en créditos por año. Para información sobre los límites que tiene cada actividad observe la tabla.

¿Cómo puedo saber si hay créditos en mi cuenta?

Cada vez que acumula créditos, usted recibirá un estado de cuenta de Florida Medicaid mostrándole cuantos créditos usted ha ganado. Después de realizar una conducta saludable, puede tomar hasta 90 días para recibir los créditos en su cuenta.

¿Cómo puedo comprar los artículos con mis créditos?

Para comprar productos relacionados con la salud que no requieren receta, usted puede usar sus créditos en cualquier farmacia que participa en Florida Medicaid. Usted tiene que proveer su número de Florida Medicaid y también una identificación con foto. Lleve los productos a la caja registradora de la farmacia.

¿Qué es Enhanced Benefits Universal Form?

Enhanced Benefits Universal Form es un documento típico que se usa para reportar las conductas saludables aprobadas. Las cuales no son provistas por su plan de salud.

Recuerde... es fácil obtener ayuda. Llama gratis al: 1-866-421-8474

8 a.m. - 8 p.m. de lunes – jueves y de 8 a.m. - 7 p.m. Los viernes

Para usuarios de TTY llamar al 1-866-467-4970

Si necesita materiales sobre Enhanced Benefits en Imprenta grande, audio o Braille, contacte el centro de llamadas.

	Nombre de la conducta	Conducta Reportada por	Valor en créditos por cada conducta	Limite de conductas por año
Niños	Examen Dental para niños	Doctor	\$25.00	3
	Examen de la Visión para niños	Doctor	\$25.00	1
	Visitas de prevención de la salud (chequeos pediátricos aprobados y vacunas)	Doctor	\$25.00	Cualquier combinación, máximo de 5
	Visitas pediátricas para el bien estar de la salud	Doctor	\$25.00	
	Cumple con las citas de su medico primario	Doctor	\$7.50	
Adultos	Cumple con las citas de su medico primario	Doctor	\$7.50	1
	Mamografía	Doctor	\$25.00	1
	Muestra del PAP	Doctor	\$25.00	1
	Examen colorectal	Doctor	\$25.00	1
	Examen de la visión para adultos	Doctor	\$25.00	1
	Examen dental para adultos (servicios preventivos)	Beneficiario	\$15.00	3
	Prueba de sangre para detectar el cáncer de próstata (hombres solamente)	Plan de salud	\$15.00	1
Niños & Adultos	Cumplimiento con Medicamentos Recetados de Mantenimiento	Doctor	\$7.50	4
	Prueba de sangre de rutina para personas con Diabetes	Plan de salud	\$15.00	1
	Detección de Inicio Saludable (Healthy Start) – consulta médica (durante los primeros tres meses de embarazo)	Plan de salud	\$15.00	1
Otras Conductas / Universal Form	Programa para el manejo de enfermedades	Beneficiario/ Plan de salud	\$25.00	1
	Participación en programas para el tratamiento del abuso del alcohol y las drogas	Beneficiario	\$25.00	1
	Participación en programas para el tratamiento del abuso del alcohol y las drogas, exitosamente por 6 meses	Beneficiario	\$15.00	2
	Participación en programas para dejar de fumar	Beneficiario	\$25.00	1
	Participación en programas para dejar de fumar, exitosamente por 6 meses	Beneficiario	\$15.00	2
	Participación en programas para bajar de peso	Beneficiario	\$25.00	1
	Participación en programas para bajar de peso, exitosamente por 6 meses	Beneficiario	\$15.00	2
	Participación en programas para hacer ejercicios	Beneficiario	\$25.00	1
	Participación en programas para hacer ejercicios, exitosamente por 6 meses	Beneficiario	\$15.00	2
	Cumplir con tomar sus recetas medicas de mantenimiento	Beneficiario/ Plan de salud	\$25.00	1

¿Cómo puedo recibir más información?

Usted puede llamar al centro de llamadas de Enhanced Benefits al **1-866-421-8474** o visite la página en el Internet http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits

Letter_Number / Area_Number / Page_Number

First 7 digits of the first Recipient ID#

Recuerde... es fácil obtener ayuda. Llama gratis al: 1-866-421-8474

8 a.m. - 8 p.m. de lunes – jueves y de 8 a.m. - 7 p.m. Los viernes

Para usuarios de TTY llamar al 1-866-467-4970

Si necesita materiales sobre Enhanced Benefits en Imprenta grande, audio o Braille, contacte el centro de llamadas.

Florida Medicaid Reform Enhanced Benefits Universal Form

Instructions:

- Step 1: Participate in an approved healthy behavior listed below.
- Step 2: Fill in all areas of this form and sign.
- Step 3: If the healthy behavior has a line under it, write the name of the behavior that has taken place.
- Step 4: Have this form signed by the provider/sponsor of the healthy behavior.
- Step 5: Mail or fax the completed and signed form to your health plan. See contact list on page 2.

Beneficiary's Florida Medicaid ID# _____ or Beneficiary's Health Plan ID# _____

Beneficiary's Last Name _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) ____/____/____

Beneficiary's First Name _____

Beneficiary's Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Healthy Behavior Participation: *(please check single behavior)* **Only one "Behavior" will be processed for each form completed.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure Disease Management Program (EB 001)
<input type="checkbox"/> Diabetes Disease Management Program (EB 002)
<input type="checkbox"/> Asthma Disease Management Program (EB 003)
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS Disease Management Program (EB 004)
<input type="checkbox"/> Hypertension Disease Management Program (EB 005)
<input type="checkbox"/> Other Disease Management Program (EB 006)

<input type="checkbox"/> Flu Shot (EB 007)
<input type="checkbox"/> Adult Dental Cleaning (preventive services) (EB 008)
<input type="checkbox"/> Alcoholic Treatment Program (EB 009) | <input type="checkbox"/> Alcoholic Treatment Program 6 Month Success (EB 109)
<input type="checkbox"/> Narcotic Treatment Program (EB 010)
<input type="checkbox"/> Narcotic Treatment Program 6 Month Success (EB 110)
<input type="checkbox"/> Smoking Cessation (EB 011)
<input type="checkbox"/> Smoking Cessation 6 Month Success (EB 111)
<input type="checkbox"/> Exercise Program (EB 012)
<input type="checkbox"/> Exercise Program 6 Month Success (EB 112)
<input type="checkbox"/> Weight Management (EB 013)
<input type="checkbox"/> Weight Management 6 Month Success (EB 113) |
|--|---|

Medicaid Beneficiary Signature _____ Date _____

Provider/Sponsor Information

Date(s) of Participation: Start Date _____	End Date _____
Name _____	Organization Name _____
Phone # _____ <small>(Please Print)</small>	Address _____
Signature _____	_____

Provider/Sponsor and Beneficiary Certification:

I certify that the information provided on this form is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if I give information that is not true or if I withhold information I can be lawfully punished for fraud. I understand that the information will be kept confidential in accordance with Florida and federal law.

For Plan Use Only

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

Information about the form

- This form may be completed by the beneficiary or the provider/sponsor of the qualifying behavior on behalf of the beneficiary.
- This form must be completed in full in order to be processed (signatures from the provider and beneficiary are required for processing).
- The beneficiary should make and keep a copy of the completed and signed form for their records.
- Participation of a healthy behavior is determined by the provider/sponsor of the healthy behavior.
- Only one healthy behavior, up to the set limit for each behavior, is allowed for each form.
- If you have any questions or concerns about the form or the Enhanced Benefit program, please visit the Florida Medicaid Reform website at http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Enhanced_Benefits. You may also contact the Enhanced Benefits Call Center at 1-866-421-8474.

Florida Medicaid Health Plan Contact Information

Broward Only

HUMANA FAMILY
1525 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

Duval Only

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

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