

Los controles odontológicos regulares son fundamentales para aquellos miembros que padecen ciertas condiciones de salud. La evidencia muestra que algunas condiciones de salud están estrechamente relacionadas con la enfermedad periodontal (de las encías), y que prevenir o tratar la enfermedad de las encías ayuda a mejorar la salud en general. Debido a esto, Delta Dental le brinda a los miembros beneficios adicionales que tienen ciertas afecciones de salud.

Una vez inscrito en *Healthy Smile, Healthy You*, usted será elegible para una limpieza y un examen adicionales (o procedimiento de mantenimiento periodontal si tiene antecedentes de cirugía periodontal) más allá del límite ordinario de su plan por período de beneficios (o, si está embarazada, durante su embarazo). Además, los miembros serán elegibles para una aplicación adicional de flúor, más allá del límite de edad de su plan para el embarazo, el tratamiento del cáncer, el sistema inmunológico debilitado, la insuficiencia renal o la diálisis.

Inscribirse es sencillo.

Complete el formulario a continuación, incluido el nombre y la firma de su médico. Envíe el formulario completo por correo, fax o correo electrónico a:

Delta Dental of Virginia
 ATTN: *Healthy Smile, Healthy You*
 4818 Starkey Road
 Roanoke, VA 24018

Correo electrónico: billing@deltadentalva.com
 Fax: 540.776.8109

Se le inscribirá cuando se procese el formulario completo. Si tiene alguna pregunta, llame al 800.237.6060. *Healthy Smile, Healthy You* está disponible para miembros que son empleados de grupos que ofrecen el programa. Comuníquese con su representante de beneficios para averiguar si este beneficio se encuentra disponible para usted.

Parte 1: a ser completada por el afiliado

Nombre del afiliado	Dirección de correo electrónico del afiliado	Nombre del suscriptor (si difiere del afiliado)
Número de ID del suscriptor	Número de grupo	Nombre del grupo
Firma del afiliado	Fecha	

Parte 2: a ser completada por un médico (marque la casilla junto a las afecciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Diabetes	Fecha del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Embarazada	Fecha de parto
<input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas de alto riesgo Antecedentes de endocarditis infecciosa o una válvula cardíaca artificial, derivaciones pulmonares, conductos o prolapso y/o estenosis de la válvula mitral o aórtica, o miocardiopatía hipertrófica, o defectos de las válvulas cardíacas causados por afecciones adquiridas o ciertos defectos cardíacos congénitos (como tener un ventrículo en lugar de los dos normales).	Fecha del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Tratamiento contra el cáncer mediante radiación y/o quimioterapia.	Fecha de inicio del tratamiento
<input type="checkbox"/> Sistemas inmunitarios debilitados	Fecha del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o diálisis	Fecha del diagnóstico
Nombre del médico	
Firma del médico	Fecha