

Oral Health for Overall HealthSM

Formulario de Inscripción

Estimado miembro de Florida Blue:

Este es un formulario de inscripción para el programa Oral Health for Overall Health (Salud Bucal para una Salud General), que proporciona beneficios adicionales a los miembros que califican de acuerdo a las condiciones médicas que les han sido diagnosticadas.

Complete las secciones de información para miembros y proveedores. También puede inscribirse de manera fácil por Internet en floridabluedental.com/members/enroll-in-oral-health-for-overall-health.

¿Cómo se enteró del programa Oral Health for Overall Health?

- Enfermera especial para partos Administrador de casos para condiciones
 Consultorio dental Coordinador de atención
 Otro _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Revise la condición (o condiciones) que califican:

- Diabetes Enfermedad de las Arterias Coronarias Accidente Cerebrovascular Embarazo
 Cáncer Bucal Cáncer de Cabeza y Cuello Síndrome de Sjögren's _____
(fecha estimada de parto)

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de identificación del miembro que se inscribe

(Se encuentra en su tarjeta de miembro): _____ Número de grupo: _____

Nombre del miembro que se inscribe: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del miembro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono del miembro: (domicilio) _____ (celular) _____

Dirección de correo electrónico del miembro: _____

- El miembro acepta recibir comunicaciones electrónicas acerca del programa Oral Health for Overall Health.
 Por la presente afirmo que he sido diagnosticado con la condición (o condiciones) señalada(s) anteriormente.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LOS PROVEEDORES

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____

Número de licencia del médico: _____ Estado: _____

Número de teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

La información que ha suministrado se usará exclusivamente para determinar si califica para Oral Health for Overall Health y para comunicarnos con usted en un futuro con relación al programa. Complete los datos y mantenga una copia en sus archivos.

Nota: Su inscripción puede tardar hasta un mes para ser procesada. Una vez que la inscripción sea aprobada, recibirá una carta de bienvenida por correo.

Cuando complete el formulario, fírmelo, ponga la fecha y envíelo por correo a:

**Oral Health for Overall Health
P.O. Box 45132
Jacksonville, FL 32232**

Vaya a FloridaBlueDental.com/Find-A-Dentist para encontrar un dentista en la red.

Si desea recibir información acerca del programa Oral Health for Overall Health Program de Florida Blue, visite FloridaBlueDental.com/OralHealth o llame a Servicio al Cliente al 888-223-4892.

Los planes BlueDental se ofrecen a través de Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Florida Blue. Ambas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (conjuntamente, "Florida Blue"), Florida Combined Life y Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program* (FEP) cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No discriminamos a las personas o las tratamos de diferente forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resewva yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227.