

Вы можете получить  
БЕСПЛАТНУЮ  
подарочную карту  
на \$25

# Проверка глаз при диабете



Если у вас диабет, важно контролировать его в сотрудничестве со специалистами. Ваш основной поставщик услуг будет наблюдать за вашим диабетом и за тем, как он может влиять на ваш организм. Тесты, позволяющие наблюдать за диабетом, называются скрининг-тестами.

Карта на \$25  
в подарок!  
**№ 1**

Карта на \$25  
в подарок!  
**№ 2**

## Вы можете получить подарочную карту на \$25 в этом году:

**Скрининг-тест при диабете:** Пройдите (1) контроль давления крови, (2) анализ крови на Hgb A1c, а также (3) анализ мочи на содержание микроальбумина (или принимайте препараты типа ACE/ARB)

**Проверка глаз при диабете:** Пройдите проверку глаз, если вы не делали этого в последние два года. Если проходили, проконсультируйтесь со своим основным врачом. Возможно, для получения карты вам не требуется повторная проверка.

### ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ПЛАНА:

**Выполните указанные действия, чтобы получить свою подарочную карту за осмотр глаз:**

**Выберите  
один из  
вариантов:**

\$25  
**TARGET**

\$25  
**Walgreens**

### MEMBER INFORMATION

Member Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

SFHP ID#: \_\_\_\_\_

**Шаг 1:** Выберите тип подарочной карты.

**Шаг 2:** Поговорите со своим поставщиком услуг, чтобы узнать, требуется ли вам проверка глаз. Чтобы подтвердить ваше право на получение карты, поставщик услуг должен подписать эту форму.

• **Проходили ли вы проверку глаз в течение последних 2 лет?**

Если да, вы можете иметь право на получение подарочной карты без дополнительных проверок. Принесите эту форму с собой на прием, чтобы обсудить с поставщиком услуг проверку глаз при диабете. Поставщик услуг должен поставить свою подпись, подтверждающую, что в этом году вам не требуется повторная проверка глаз.

• **Вы проходили проверку глаз более 2 лет назад?**

Или вы проходили проверку в прошлом году, и она выявила отклонения? Если да, вам необходима повторная проверка глаз. Чтобы пройти эту проверку, поговорите со своим поставщиком услуг. Вы также можете позвонить в офтальмологическую службу VSP по телефону **1(800) 877-7195**. Затем попросите поставщика услуг подписать эту форму.

**Шаг 3:** Заполненную и подписанную форму отправьте в SFHP в прилагаемом конверте с адресом. Вы также можете попросить поставщика услуг отправить форму по факсу **1(415) 615-4547**.

**Шаг 4:** Получите подарочную карту на \$25 по почте в течение 4-6 недель.

### PRIMARY CARE PROVIDER INFORMATION

Provider Name: \_\_\_\_\_

Clinic Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Provider Phone: \_\_\_\_\_

### PROVIDER INSTRUCTIONS:

- Patients with diabetes should have a retinal exam at least every 2 years. If a patient's test has shown evidence of retinopathy, they should have a retinal exam every year. Members with glasses or other vision needs may need more frequent exams — please use your clinical discretion.
- First indicate if the patient has had an eye exam in the last 2 years. If the member had a test in the prior calendar year, the test must be negative for retinopathy to qualify for the gift card. Please also include the test date and clinic/office signature.
- You can fax this form directly to **1(415) 615-4547**, or you can give the form to the patient to mail back to SFHP in self-addressed envelope.

Test	Test Year (Select One)	Test Date	Clinic/Office Signature
Retinal Eye Exam	<input type="checkbox"/> Current calendar year <input type="checkbox"/> Prior calendar year (must be negative for retinopathy for the member to qualify for the gift card)		