

Puede obtener GRATIS una tarjeta de regalo de \$25

Examen ocular para diabéticos



Si tiene diabetes, es importante que trabaje con su equipo de atención para controlarla. Su proveedor controlará su diabetes y cómo le puede afectar a su cuerpo. Las pruebas que controlan su diabetes se llaman pruebas de detección.

Tarjeta de regalo de \$25
#1

Tarjeta de regalo de \$25
#2

Usted puede obtener dos tarjetas de regalo de \$25 este año:

Pruebas de detección de la diabetes: Tómese su (1) presión arterial, (2) hágase una prueba sanguínea de Hgb A1c y (3) la prueba de microalbumina en la orina (o tome un medicamento ACE/ARB)

Examen ocular para diabéticos: Hágase un examen ocular si no se lo ha hecho en 2 años. Si tiene un proveedor, hable con él. Es posible que no necesite un nuevo examen para calificar para una tarjeta de regalo.

MIEMBROS: Siga estos pasos para recibir su tarjeta de regalo por realizarse el examen ocular:

Seleccione uno: \$25 TARGET \$25 Walgreens

Paso 1: Seleccione el tipo de tarjeta de regalo.

Paso 2: Hable con su proveedor para averiguar si necesita un examen ocular. Su proveedor deberá firmar este formulario para que pueda calificar para recibir una tarjeta de regalo.

• ¿Le hicieron un examen ocular en los últimos 2 años?

De ser así, puede calificar para recibir una tarjeta de regalo sin realizarse otro examen. Lleve este formulario a su proveedor para hablar acerca de su examen ocular por diabetes. Su proveedor deberá firmar indicando que no necesita otro examen este año.

• ¿Transcurrieron al menos 2 años desde su último examen ocular? O, ¿se sometió a un examen el año pasado y detectaron algo anormal? De ser así, debe someterse a un nuevo examen ocular. Debe hablar con su proveedor para recibir el examen ocular. O, llame a VSP al **1(800) 877-7195**. Pídale a su proveedor que firme este formulario.

Paso 3: Envíe por correo el formulario lleno y firmado a SFHP en el sobre con la dirección que viene con este formulario. También puede pedirle a su proveedor que envíe por fax este formulario al **1(415) 615-4547**.

Paso 4: Obtenga su tarjeta de regalo de \$25 por correo en 4 a 6 semanas.

MEMBER INFORMATION

Member Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

SFHP ID#: _____

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)		