

Quý vị có thể được nhận Thẻ Quà tặng \$25 MIỄN PHÍ

Khám Mắt cho người bệnh Tiểu đường



Khi bị bệnh tiểu đường, điều quan trọng là quý vị phải phối hợp với nhóm chăm sóc của mình để kiểm soát bệnh. Bác sĩ sẽ theo dõi bệnh tiểu đường của quý vị và bệnh có thể ảnh hưởng như thế nào đến cơ thể quý vị. Các xét nghiệm theo dõi bệnh tiểu đường được gọi là xét nghiệm tầm soát.

Thẻ Quà tặng \$25
#1

Thẻ Quà tặng \$25
#2

Quý vị có thể được nhận hai thẻ quà tặng \$25 trong năm nay:

Xét nghiệm Tầm soát Bệnh tiểu đường: (1) Đo huyết áp, (2) xét nghiệm máu Hgb A1c và (3) xét nghiệm nước tiểu Microalbumin (hoặc dùng thuốc ACE/ARB)

Khám Mắt cho người bệnh Tiểu đường: Khám mắt nếu quý vị chưa khám trong 2 năm qua. Nếu quý vị đã khám, hãy cho bác sĩ biết. Quý vị có thể không cần khám lại để đủ tiêu chuẩn nhận thẻ quà tặng.

HỘI VIÊN: Làm theo những bước sau đây để nhận thẻ quà tặng khám mắt:

Chọn một mục: \$25 TARGET \$25 Walgreens

Bước 1: Chọn loại thẻ quà tặng.

Bước 2: Trao đổi với bác sĩ của mình xem quý vị có cần phải khám mắt không. Bác sĩ cần phải ký vào mẫu này thì quý vị mới đủ tiêu chuẩn nhận thẻ quà tặng.

• **Quý vị đã khám mắt trong 2 năm qua chưa?** Nếu đã khám, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận thẻ quà tặng mà không cần phải khám nữa. Hãy mang mẫu này đến bác sĩ của mình để trao đổi về việc khám mắt cho bệnh tiểu đường của quý vị. Bác sĩ của quý vị cần ký xác nhận rằng quý vị không cần phải khám mắt trong năm nay nữa.

• **Đã ít nhất 2 năm kể từ lần khám mắt trước của quý vị?** Hoặc kết quả khám mắt năm ngoái của quý vị có điều gì bất thường? Nếu vậy, quý vị cần phải khám mắt lại. Để được khám mắt, hãy thảo luận với bác sĩ của quý vị. Hoặc gọi cho VSP theo số **1(800) 877-7195**. Sau đó, hãy yêu cầu bác sĩ của quý vị ký vào mẫu này.

Bước 3: Gửi qua bưu điện mẫu đã điền và ký tên này cho SFHP trong bao thư đã ghi địa chỉ kèm theo mẫu này. Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ fax mẫu này đến số **1(415) 615-4547**.

Bước 4: Nhận thẻ quà tặng \$25 gửi qua bưu điện trong vòng 4-6 tuần.

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)		