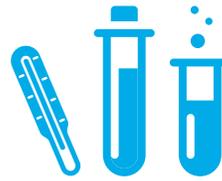


Получите
БЕСПЛАТНУЮ
подарочную карту
номиналом \$25!

Скрининг-тесты при диабете



**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Attn: Health Outcomes Improvement
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

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:

Пройдите ежегодный скрининг при диабете в этом году и получите подарочную карту № 1

Выберите
один из
вариантов:

\$25
TARGET

\$25
Walgreens

Зарегистрируйтесь в программе информирования о диабете

Мобильный тел.: 1() -

MEMBER INFORMATION

Member Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

SFHP ID#: _____

Выполните указанные действия, чтобы получить свою подарочную карту.

Шаг 1: Внесите данные в таблицу.

Шаг 2: Принесите эту форму с собой на прием к врачу и узнайте, проходили ли вы скрининг-тесты при диабете в этом году.

Шаг 3: Если вы не проходили скрининг-тесты при диабете в этом году, попросите вашего врача обсудить это с вами и внести в форму пройденные вами тесты. Для получения подарочной карты в этом году у вас должны быть пройдены все 3 теста.

Шаг 4: 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 5: 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:

- Please indicate which of these screenings have been completed this calendar year. Review goals and results with the patient.
- The patient must receive clinic sign-off in order to receive the \$25 gift card.
- You can fax form directly to **1(415) 615-4547**, or you can give form to patient to mail back to SFHP in self-addressed envelope.
- If test is not clinically appropriate, please state why in order for the patient to remain eligible for gift card.

Test	Patient's Goal	Latest Result or Measurement	Date of Result or Measurement	Clinic/Office Signature
Blood Pressure				
HbA1C				
Kidney Protection Microalbumin test				
Is the member on ACE/ARB (circle one) If not, please explain:	YES	NO		