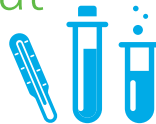


Quý vị có thể được nhận Thẻ Quà tặng \$25 MIỄN PHÍ

Xét nghiệm Tầm soát Bệnh tiểu đường



SAN FRANCISCO HEALTH PLAN™



Here for you

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

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

Thẻ Quà tặng \$25
#1

Thẻ Quà tặng \$25
#2

Quý vị có thể 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: Hãy thực hiện tầm soát bệnh tiểu đường trong năm nay—Thẻ quà tặng #1

Chọn một thẻ:





Tham gia Chương trình Nhắn tin Bệnh tiểu đường

Số Điện thoại di động 1() -

MEMBER INFORMATION

Member Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

SFHP ID#: _____

Làm theo những bước sau đây để nhận thẻ quà tặng.

Bước 1: Điền thông tin vào bảng trên.

Bước 2: Mang mẫu này đến bác sĩ của mình và hỏi xem quý vị đã xét nghiệm tầm soát bệnh tiểu đường trong năm nay hay chưa.

Bước 3: Nếu quý vị chưa xét nghiệm tầm soát bệnh tiểu đường trong năm nay, hãy yêu cầu bác sĩ thảo luận với quý vị và điền vào mẫu này các xét nghiệm quý vị đã thực hiện. Quý vị phải thực hiện tất cả 3 xét nghiệm trong năm nay thì mới được nhận thẻ quà tặng.

Bước 4: Gửi qua bưu điện mẫu đã được 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 5: Nhận thẻ quà tặng \$25 được gửi qua bưu điện trong 4-6 tuần.

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	