



Aetna Better Health® of Virginia

Coordine su visita de rutina anual de control de la diabetes

Es hora de su examen de rutina anual de la diabetes

Aetna Better Health of Virginia quiere que nuestros miembros realicen sus exámenes y análisis de rutina anuales de control de la diabetes. Si le han diagnosticado diabetes, debe realizarse análisis al menos una vez año. Coordine una consulta para ver a su proveedor de atención primaria (PCP) hoy mismo. Pida a su médico que chequee su presión arterial, le realice una evaluación renal y le ordene un análisis de sangre de hemoglobina A1c. Luego llame y solicite un examen de la vista por diabetes con su oftalmólogo. Si necesita ayuda para encontrar un PCP u oftalmólogo, llame a Servicios al Miembro al **1-800-279-1878 (TTY/TDD: 711)**.

Los miembros deben llevar este formulario cuando visiten al PCP para los servicios mencionados en este formulario.

Luego de que su PCP lo complete y nos lo envíe por fax, le enviaremos una **tarjeta de regalo de \$25***.

Tenga en cuenta: Es posible que haya un límite anual en el monto total de incentivos que podría recibir por año calendario.

Todos los servicios deberán completarse antes del 31 de diciembre de este año.

Si desea saber para qué otras recompensas y beneficios adicionales puede ser elegible, escanee el código QR a continuación o visite **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.



**Una tarjeta de regalo por miembro por año en el que califique. Debe ser miembro de Aetna Better Health of Virginia al momento de la visita.*

AetnaBetterHealth.com/Virginia

969804-VA-SP (rev 02/25)



Aetna Better Health® of Virginia

Miembro o proveedor: complete este formulario y envíenoslo por fax al **844-203-0020** o por correo electrónico a **QualityManagementPrograms@Aetna.com**.

Nombre del miembro (letra de imprenta) _____

N.º de ID de miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** ____ **C. P.** _____

Teléfono _____

Fecha de nacimiento del miembro _____

Nombre del oftalmólogo (firma) _____ **N.º de ID de proveedor (solo para uso del proveedor)** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** ____ **C. P.** _____

Teléfono _____ **Fecha de la visita** _____

Nombre del PCP (firma) _____

N.º de ID de proveedor (solo para uso del proveedor) _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** ____ **C. P.** _____

Teléfono _____ **Fecha de la visita** _____

Marcar los servicios brindados el día de la visita:

- ☐ Chequeo de la presión arterial
- ☐ Análisis de sangre A1C (Nota: La prueba A1C no es necesaria a menos que al miembro se le haya diagnosticado diabetes)
- ☐ Examen de la vista por diabetes
- ☐ Evaluación renal

Solo para uso del proveedor:

Marcar todos los servicios no necesarios para el paciente en el año actual.

- ☐ Chequeo de la presión arterial
- ☐ Análisis de sangre A1C
- ☐ Examen de la vista por diabetes
- ☐ Evaluación renal

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

ESPAÑOL: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.