



Aetna Better Health® of Virginia

Coordine su consulta de bienestar por diabetes

Es hora de su examen de bienestar de diabetes

Aetna Better Health of Virginia quiere que nuestros miembros realicen sus exámenes anuales de bienestar y análisis de diabetes. Si tiene diabetes, deberá realizarse un 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, realice una evaluación renal y ordene un análisis de sangre de hemoglobina A1c. Llame y programe un examen de la vista por diabetes con su proveedor oftalmológico. Si necesita ayuda para encontrar un PCP o proveedor oftalmológico, llame a Servicios al Miembro al **1-800-279-1878 (TTY/TDD: 711 o 1-800-828-1120)**.

[AetnaBetterHealth.com/Virginia](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia)

969804-VA-SP (rev 11/23)

Los miembros deberán tener este formulario consigo cuando visiten a su PCP para los siguientes servicios.

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 su monto total de incentivos que podría recibir por año calendario.

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

**Una tarjeta de regalo por miembro, por año de aptitud. Debe ser miembro de Aetna Better Health of Virginia al momento de la consulta.*



Aetna Better Health® of Virginia

Miembro o proveedor: complete este formulario y envíenoslo de vuelta por fax al **844-203-0020** o correo electrónico a **QualityManagementprograms@aetna.com**

Nombre del miembro (letra de imprenta) _____

ID # de miembro _____

Dirección _____

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

Teléfono _____

Fecha de nac. del miembro _____

Nombre del oftalmólogo (letra de imprenta) _____

ID # del proveedor (solo para uso del proveedor) _____ **Dirección** _____

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

Teléfono _____ **Fecha de la consulta** _____

Nombre del PCP (letra de imprenta) _____

ID # del proveedor (solo para uso del proveedor) _____ **Dirección** _____

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

Teléfono _____ **Fecha de la consulta** _____

Marcar los servicios brindados el día de la consulta:

- Chequeo de la presión arterial
- Análisis de sangre A1C
- 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)**.

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 번으로 연락해 주십시오.