



# Скрининг на **рак шейки матки**

Участники плана CalOptima Health Medi-Cal в возрасте от 21 до 64 лет, соответствующие требованиям, могут бесплатно получить подарочную карту на \$25 за прохождение скрининга на рак шейки матки.

Пройдите  
скрининг на рак  
шейки матки  
и получите  
подарочную  
карту на  
**\$25!**

**ШАГ  
1**

Обсудите со своим поставщиком услуг, нужно ли вам пройти скрининг на рак шейки матки.

**ШАГ  
2**

Пройдите рекомендуемый скрининг на рак шейки матки в период с января 2025 года по декабрь 2025 года.

**ШАГ  
3**

Заполните информацию на обратной стороне этой формы и отправьте ее в CalOptima Health, чтобы запросить вознаграждение в виде подарочной карты на сумму \$25.

Если у вас есть какие-либо вопросы об этом вознаграждении для участников за заботу о здоровье, посетите наш сайт **[www.caloptima.org/HealthRewards](http://www.caloptima.org/HealthRewards)** для получения более подробной информации.



# Форма запроса вознаграждения за прохождение скрининга на рак шейки матки

## Как получить подарочную карту:

1. Пройдите скрининг на рак шейки матки в текущем году, если это рекомендовано вашим поставщиком услуг.
2. Заполните эту форму. **Убедитесь, что ваш поставщик услуг поставил на форму свою печать.**
3. Отправьте заполненную форму в CalOptima Health до **31 января 2026 года**.  
Действие данной программы поощрений может быть прекращено в любое время без предварительного уведомления.

## Как отправить эту форму в CalOptima Health:

- ☐ **Факсом:** Попросите своего поставщика услуг отправить эту форму по факсу на номер **714-796-6613**, или
- ☐ **По почте:**  
CalOptima Health  
Attn: Quality Initiatives  
P.O. Box 11033  
Orange, CA 92856-9902

Если вы соответствуете требованиям, оформление подарочной карты на \$25 может занять как минимум **8 недель** после того, как мы получим вашу заполненную форму.

**Чтобы получить подарочную карту, все разделы формы должны быть полностью заполнены и заверены вашим поставщиком медицинских услуг.**  
**All sections must be fully completed and stamped by your provider to get the gift card.**

Полное имя участника:		Дата рождения:		
Идентификационный номер CalOptima Health:		Телефон:		
Почтовый адрес:				
Город:		Штат:	Почтовый индекс:	
Test	Test Date	Provider Information		Provider Stamp
Cervical Cancer Screening	___/___/___	Name:		
		Phone:		

**Отказ от ответственности:** Для получения вознаграждения необходимо соответствовать **всем** условиям участия в программе поощрений. Оформление подарочной карты занимает до 8 недель после получения заполненной формы запроса на вознаграждение. Вознаграждения не могут быть использованы для покупки алкоголя, табака, огнестрельного оружия, подарочных карт или лотерейных билетов. Подарочная карта не имеет денежной стоимости, CalOptima Health не несёт ответственности в случае её утери или кражи. Вы можете получить не более 1 вознаграждения за данную медицинскую услугу в течение календарного года. Количество подарочных карт ограничено. Действие данной программы поощрений может быть прекращено в любое время без предварительного уведомления.