

新會員 福利協調表

請填寫並寄回。

SFHP ID: _____

會員姓名: _____

尊敬的會員：

為妥善地處理您的索賠，San Francisco Health Plan 要求您每年填寫一次福利協調 (COB) 表。此表提供資訊，說明您是否享受一個以上醫療保健計劃的承保。

第 1 部分：其他承保

您是否有其他健康保險？是 ___ 否 ___

如果是，請填寫第 2 部分並在第 3 部分簽字。

如果否，請在第 3 部分簽字。為確保及時處理您的索賠，請使用回信信封將此表寄回。

第 2 部分：協調福利所需的必要資訊

其他健康保險公司的資訊

保單持有人的姓名： _____ 出生日期 (年/月/日)： _____

雇主姓名： _____ 目前受僱?(Y/N)： _____

退休人員?(Y/N)： _____

保險公司名稱： _____ 電話號碼： _____

地址： _____

保單 ID 號： _____ 保險生效日期： _____

團體編號： _____ 保險終止日期： _____

保險類型：(核取所有適用項)：

醫療 請選取類型： PPO HMO EPO POS 其他 _____

Medicare Medicaid/Medi-Cal 牙科 視力 處方藥

第 3 部分：保證

我特此保證，據我所知上述資訊是真實、完整和準確的。

列印姓名： _____ 電話號碼： _____

簽名： _____ 日期： _____

寄至：

San Francisco Health Plan
Attention: Member Eligibility Management
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

如果您是聽障人士，請撥打 TDD/TTY 專線：**1(415) 547-7830** 和免費熱線：**1(888)883-7347** 或透過撥打 **711** 接通加州殘障轉接服務 (California Relay Service)。您可索取其他格式的本文件，例如：盲文、大號字體列印和音頻等。如欲索取其他格式或需要協助閱讀本文件和其他 SFHP 材料，請致電客戶服務部，電話：**1(415) 547-7800**，或撥打免費電話：**1(800) 288-5555**。