

Форма координирования льгот для нового участника

Заполните и верните.

SFHP ID: _____

Имя и фамилия участника: _____

Уважаемый участник,

Для обеспечения надлежащей обработки ваших заявлений в соответствии с требованиями San Francisco Health Plan необходимо ежегодно заполнять форму координирования льгот (COB). Форма содержит информацию о том, имеются ли у вас подписки на другие планы медицинского страхования.

Раздел 1. Другая страховка

Есть ли у вас другая медицинская страховка? Да ____ Нет ____

Если «да», заполните Раздел 2 и подпишите Раздел 3.

Если «нет», подпишите Раздел 3. Во избежание ненужных задержек при обработке ваших заявлений просим вас ответить на предложенные ниже вопросы и вернуть ответы в прилагаемом конверте для ответа.

Раздел 2: Информация, необходимая для координирования льгот

Сведения о другой медицинской страховой компании

Имя держателя полиса: _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Наименование / имя работодателя: _____ Являетесь действующим сотрудником? (Y/N): ____

На пенсии? (Y/N): _____

Имя / наименование страховщика: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Ид. № полиса: _____ Дата начала действия страховки: _____

Номер группы: _____ Дата окончания действия страховки: _____

Тип страховки (отметьте все подходящие варианты):
<input type="checkbox"/> медицинская Выберите тип: <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal <input type="checkbox"/> Стоматологическое обслуживание
<input type="checkbox"/> Зрение <input type="checkbox"/> Рецептурные препараты

Раздел 3: Подтверждение

Настоящим я подтверждаю, что, по имеющимся у меня данным, вышеизложенная информация является достоверной, полной и точной.

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Телефон: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Вернуть:

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

Если у вас есть нарушения слуха, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7830**, по бесплатному номеру **1(888) 883-7347** или на линию California Relay Service по номеру **711**. Вы можете запросить данный документ в альтернативных форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиоформат. Чтобы запросить документ в другом формате или получить помощь в работе с данным документом или другими материалами SFHP, звоните в Отдел обслуживания участников плана по номеру **1(415) 547 7800** или по бесплатному номеру **1(800) 288 5555**.