

SỐ ID CỦA SFHP: _____

Tên Bệnh nhân: _____

Kính gửi Quý Hội viên,

Để xử lý chính xác yêu cầu bồi hoàn của quý vị, mỗi năm San Francisco Health Plan đều yêu cầu quý vị hoàn tất một mẫu Điều phối Phúc lợi (COB). Mẫu này sẽ cho quý vị, vợ/chồng hoặc người phụ thuộc của quý vị biết thông tin có được bao trả trong nhiều chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hay không.

Phần 1: Bảo hiểm Khác

Quý vị có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe nào khác không? Có _____ Không _____

Nếu **có**, vui lòng điền Phần 2 và ký tên vào Phần 3.

Nếu **không**, vui lòng ký tên vào Phần 3. Để đảm bảo việc xử lý yêu cầu bồi hoàn của quý vị không bị chậm trễ, vui lòng gửi lại mẫu này đến địa chỉ được ghi ở cuối mẫu.

Phần 2: Thông tin Cần thiết để Điều phối Phúc lợi

Thông tin về Công ty Bảo hiểm Sức khỏe Khác

Tên của Người ký hợp đồng bảo hiểm: _____ Ngày Sinh (MM/DD/YYYY): _____

Tên Cơ quan: _____ Hiện đang Làm việc? (C/K) _____

Đã nghỉ hưu? (C/K) _____

Tên Công ty bảo hiểm: _____ Số Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Số ID Hợp đồng bảo hiểm: _____ Ngày Bảo hiểm Có hiệu lực: _____

Số Nhóm: _____ Ngày Kết thúc Bảo hiểm: _____

Loại Bảo hiểm (Đánh dấu tất cả các mục áp dụng):

Y tế Vui lòng Chọn Loại: PPO HMO EPO POS Khác _____

Medicare Medicaid/Medi-Cal Nha khoa Thị lực Thuốc Kê toa

Phần 3: Xác nhận

Tôi, bằng văn bản này, xác nhận rằng thông tin đã cung cấp ở trên là chính xác, đầy đủ và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký: _____ Ngày: _____ Số Điện thoại: _____

Gửi lại cho:

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