

Поздравляем с новорожденным!

SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™



Here for you

Участник программы: _____

Ид. № SFHP: _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____

Улица, дом: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____



Your Body, Your Baby

Steps for a healthy start

Мы отправим вам подарочную карту номиналом **\$25**, если вы сходите на прием к своему поставщику медицинских услуг на осмотр для молодой матери в течение 3–8 недель после родов.

Прошу отправить мою бесплатную книгу и подарочную карту номиналом \$25 (выберите одно):



\$25

OLD NAVY



\$25

ROSS

Дата ваших родов:

MM / DD / YYYY

Осмотр для молодой матери должен состояться в следующий период:

MM / DD / YYYY до MM / DD / YYYY



Попросите своего поставщика медицинских услуг заполнить заявку ниже, когда придете на осмотр для молодой матери.



Верните почтовым отправлением в приложенном конверте или попросите поставщика медицинских услуг отправить факсом на номер **1(415) 615-4547**.

Для того чтобы получить дополнительную информацию, звоните по телефону **1(800) 288-5555** с понедельника по пятницу, с 8:30am до 5:30pm.

Для получения подарочной карты попросите вашего поставщика медицинских услуг заполнить раздел ниже

Date of postpartum Check Up (See timeline above): _____

Clinic/Provider Name: _____

Clinic/Provider Phone Number: () - _____

Clinic/Provider Signature or Stamp: _____

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Лицам с нарушениями слуха следует звонить на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7830**, по бесплатному номеру **1(888) 883-7347** или обратиться в службу California Relay Service по номеру 711. Вы можете запросить этот документ в альтернативном формате, например, набранный шрифтом Брайля, крупным шрифтом и в форме аудиозаписи. Для того чтобы запросить этот документ в другом формате или попросить о помощи с прочтением этого документа или других материалов SFHP, звоните в Отдел обслуживания участников плана по телефону **1(415) 547-7800** или по бесплатному номеру **1(800) 288-5555**.