

У нас есть подарок на день рождения вашего ребенка

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN™



Here for you

Имя и фамилия участника: _____

Улица, дом: _____

Город, Штат, Почтовый индекс: _____

Дата рождения: / / _____

ИД. № УЧАСТНИКА SFHP: _____

БЕСПЛАТНАЯ подарочная карта номиналом \$25!

San Francisco Health Plan хочет отправить вашему ребенку бесплатный подарочный сертификат за прохождение ежегодного осмотра.

Выберите одну из следующих подарочных карт:   



С днем рождения от San Francisco Health Plan



Для того чтобы получить подарок для вашего ребенка:



1. Запишите своего ребенка на прием для прохождения ежегодного осмотра.
2. Принесите с собой приложенный ваучер и попросите врача или медсестру вашего ребенка подписать его.
3. Отправьте нам подписанный ваучер обратно по почте в приложенном оплаченном конверте в течение 90 дней с даты осмотра вашего ребенка.



Также спросите поставщика медицинских услуг вашего ребенка о фторировании зубов вашего ребенка! Благодаря этой процедуре улыбка вашего ребенка будет защищена от кариеса. Ваш ребенок может пройти эту процедуру в ходе приема для прохождения ежегодного осмотра. Для получения дополнительной информации проконсультируйтесь у поставщика медицинских услуг или позвоните в отдел обслуживания участников SFHP по телефону **1(800) 288-5555**.

Мы проверим вашу информацию и отправим вам по почте БЕСПЛАТНУЮ подарочную карту Walgreens, Ross или Target на сумму \$25.

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

Date of Check-up: / / _____

Primary Care Provider Name: _____

Primary Care Provider Phone Number: _____

Primary Care Provider Signature or Stamp: _____