

# CHÚNG TÔI CÓ QUÀ TẶNG ĐẶC BIỆT CHO SINH NHẬT CON QUÝ VỊ

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN



Here for you

Tên Hội viên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ Đường phố: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Zip: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Số ID của SFHP: \_\_\_\_\_

## Thẻ Quà tặng \$25 MIỄN PHÍ!

San Francisco Health Plan muốn gửi đến con quý vị một phiếu quà tặng miễn phí để đi kiểm tra sức khỏe hàng năm.

Đánh dấu thẻ quà tặng quý vị muốn  \$25 Walgreens  \$25 ROSS  \$25 TARGET



CHÚC SINH NHẬT VUI VẺ TỪ SAN FRANCISCO HEALTH PLAN




## Để Nhận Quà Tặng Của Con Quý Vị:



**1** Sắp xếp cuộc hẹn để kiểm tra sức khỏe hàng năm cho con quý vị.

**2** Mang vé đính kèm này theo và đưa cho bác sĩ hoặc y tá ký vào.

**3** Gửi lại cho chúng tôi vé đã ký trong phong bì đã trả trước trong vòng 90 ngày kể từ khi kiểm tra sức khỏe cho con quý vị.

 Ngoài ra, hãy hỏi bác sĩ của con quý vị về việc tráng véc ni có fluor để bảo vệ nụ cười của con mình! Đây là dịch vụ giúp bảo vệ con quý vị không bị sâu răng. Quý vị có thể nhận dịch vụ này tại buổi hẹn khám sức khỏe hàng năm của con mình. Để biết thêm thông tin, yêu cầu nhà cung cấp của quý vị gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(800) 288-5555**.

Chúng tôi sẽ kiểm tra thông tin của quý vị rồi gửi cho quý vị thẻ quà tặng MIỄN PHÍ tại Walgreens, Ross hoặc Target trị giá \$25 trong thư.

Để Nhận Thẻ Quà Tặng, Vui Lòng Yêu Cầu Bác Sĩ Chăm Sóc Chính Của Quý Vị Hoàn Thành Phần Dưới Đây.

Date of Check-up: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Primary Care Provider Name: \_\_\_\_\_

Primary Care Provider Phone Number: \_\_\_\_\_

Primary Care Provider Signature or Stamp: \_\_\_\_\_