

# Mẫu Điều phối Quyền lợi

## Hội viên Mới

### Vui lòng điền và gửi lại.

SFHP ID: \_\_\_\_\_

Tên Hội viên: \_\_\_\_\_

Kính gửi Quý vị Hội viên,

Để xử lý chính xác yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm của quý vị, mỗi năm San Francisco Health Plan đều yêu cầu quý vị hoàn tất một mẫu Điều phối Quyền lợi (COB). Mẫu này sẽ cung cấp thông tin cho biết quý vị 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 Phần 3.

Nếu **không**, vui lòng ký tên vào Phần 3. Để đảm bảo không bị chậm trễ trong việc xử lý yêu cầu đòi bảo hiểm của quý vị, vui lòng gửi lại mẫu này bằng phong bì viết sẵn.

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

#### Thông tin về Công ty Bảo hiểm Sức khỏe Khác

Tên của Người đứng tên hợp đồng bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm): \_\_\_\_\_

Tên của Chủ sử dụng lao động: \_\_\_\_\_ Hiện đang Làm việc? (Y/N): \_\_\_\_\_

Đã nghỉ hưu? (Y/N): \_\_\_\_\_

Tên Công ty bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số ID Hợp đồng bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày có Hiệu lực Bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Số Nhóm: \_\_\_\_\_ Ngày Kết thúc Bảo hiểm: \_\_\_\_\_

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

**Y khoa** Vui lòng chọn một loại:  PPO  HMO  EPO  POS  Khác \_\_\_\_\_

**Medicare**  **Medicaid/Medi-Cal**  **Nha khoa**  **Nhãn khoa**  **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.

Tên viết bằng Chữ in: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

#### Gửi lại cho:

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

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi TDD/TTY line theo số **1(415) 547 7830**, số miễn phí **1(888) 883-7347** hoặc qua California Relay Service theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở định dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu SFHP khác, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555**.