

KAHILINGAN PARA SA PAGTUTUOS NG MGA PAGBUBUNYAG

Petsa ng Kahilingan:	
Pangalan ng Miyembro:	Apelyido ng Miyembro:
SFHP Numero ng ID:	Petsa ng Kapanganakan:
Address sa Koreo ng Miyembro:	
<p>Ibubunyag ang impormasyon ng: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119</p>	
Gusto ko ng pagtutuos ng mga pagbubunyag para sa sumusunod na takdang panahon:	
Mula:	Hanggang:
<p>Kung humihingi lang kayo ng pagtutuos ng ilang uri ng pagbubunyag o mga pagbubunyag sa isang partikular na tao/organisasyon, mangyaring ilarawan ang mga pagbubunyag na inyong ihinihingi ng pagtutuos:</p>	
<p><i>Naiintindihan ko na ang pagtutuos ay ibibigay sa akin sa loob ng 60 araw ng petsa ng kahilingan na ito, maliban kung palawigin ng SFHP ang takdang panahon nang karagdagang 30 araw at bigyan nila ako ng nakasulat na pahayag para sa (mga) dahilan ng pagkabalang at ang petsa na maaasahan kong matanggap ang pagtutuos. Pinahihintulutan ko ang SFHP na tawagan ako kung may mga tanong tungkol sa kahilingang ito.</i></p>	
Lagda ng Pasyente o Personal na Kinatawan (<i>Kung Personal na Kinatawan, isaad ang kaugnayan sa pasyente</i>):	Petsa:
Numero ng Telepono:	

FOR SFHP USE ONLY	
Date Received:	Date Sent:
Name of SFHP Employee Processing Request:	Title:

Kung mayroon kayong problema sa pandinig, mangyaring tumawag sa linya ng TDD/TTY sa **1(415) 547-7830**, toll-free sa **1(888) 883-7347** o sa pamamagitan ng California Relay Service sa **711**. Maaari ninyong hingin ang dokumentong ito sa mga alternatibong format tulad ng Braille, malalaking letra, at audio. Upang humingi ng iba pang mga format, o para sa tulong sa pagbabasa ng dokumentong ito at iba pang mga babasahin mula sa SFHP, mangyaring tawagan ang Customer Service sa **1(415) 547-7800** o toll-free sa **1(800) 288-5555**.