

Поздравляем с новорожденным!

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Участник программы:

Ид. № SFHP:

Дата рождения: / /

Улица, дом:

Город, штат, почтовый индекс:



Мы отправим вам подарочную карту номиналом **\$25** за посещение вашего поставщика медицинских услуг в рамках наблюдения в послеродовом периоде в течение 3–8 недель после родов.



Your Body, Your Baby

Steps for a healthy start



Прошу выслать подарочную карту номиналом \$25 за (отметьте один вариант):



Дата ваших родов:

MM / DD / YYYY

Вам следует прийти на прием в рамках наблюдения в послеродовом периоде в течение:

MM / DD / YYYY and MM / DD / YYYY



Попросите вашего поставщика медицинских услуг заполнить раздел ниже, во время приема в рамках наблюдения в послеродовом периоде.



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 Visit (See timeline above):

Clinic/Provider Name:

Clinic/Provider Phone Number: () -

Clinic/Provider Signature or Stamp: