

Xin chúc mừng con mới sinh của quý vị!

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Tên Hội viên: _____

Số ID của SFHP: _____

Ngày sinh: / / _____

Địa chỉ Đường phố: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____



Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một Thẻ quà tặng
\$25 nếu quý vị đến bác sĩ khám sau sinh trong
vòng 3–8 tuần sau khi sinh.



Your Body, Your Baby

Steps for a healthy start

☒ Vui lòng gửi thẻ quà tặng \$25 cho
(chọn một):



Ngày Quý vị Sinh bé là:

MM / DD / YYYY

Thời gian Khám Sức khỏe
Sau sinh phải từ:

MM / DD / YYYY and MM / DD / YYYY



Yêu cầu bác sĩ của quý vị điền vào
phần bên dưới khi quý vị đến khám
sau sinh.



Gửi lại thẻ trong bì thư đính kèm hoặc
yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ của quý
vị fax tới **1(415) 615-4547**.

Để biết thêm thông tin, hãy gọi số **1(800) 288-5555**, Thứ Hai–Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:30 chiều

ĐỂ NHẬN THẺ QUÀ TẶNG, VUI LÒNG YÊU CẦU NHÀ CUNG CẤP CỦA QUÝ VỊ ĐIỀN VÀO PHẦN DƯỚI ĐÂY.

Date of Postpartum Visit (See timeline above): _____

Clinic/Provider Name: _____

Clinic/Provider Phone Number: () - _____

Clinic/Provider Signature or Stamp: _____