

藥房報銷申請指南

藥房服務報銷申請將受 SFHP 藥房工作人員審核的限制。SFHP 承保範圍說明書、計劃例外以及藥品集指引適用於報銷申請。提交報銷申請並不能保證您的申請會得到實現。請注意，可能需要 30 天來處理您的申請。

所有報銷申請必須透過傳真或郵遞來提交，且其中必須包含書面解釋您的處方自付費的原因，以及藥房收銀台收據，帶有條碼的藥房標籤傳單或藥房列印小票，以及價格和以下資訊：

會員姓名	SFHP ID 編號#	出生日期	今天的日期
現住街道地址	城市	州	郵遞區號
藥物名稱	數量	開藥者	支付金額
藥房名稱	藥房地址	藥房的電話號碼	服務日期
對於未成年者，請填寫支票接收人（父母或法定監護人）的姓名：			

提交資料清單：（須提交以下所有資料作為報銷憑證）

- ☐ 顯示自付費金額的藥房收銀台收據
- ☐ 帶有條碼的藥房標籤傳單或藥房列印小票，其中須包含您的姓名、地址、藥名以及抓藥日期
- ☐ 書面解釋您的處方自付費的原因（請在下頁空白處填寫）

提交申請時若缺少上述材料，將被視為材料不完整，將不予以報銷。

If you need assistance to translate this letter in another language, please contact San Francisco Health Plan at 1(800) 288-5555.

Si necesita ayuda para traducir esta carta a otro idioma, comuníquese con San Francisco Health Plan al **1(800) 288-5555**.

若您需要將此函翻譯成其他語言，請聯絡 San Francisco Health Plan，電話 **1(800) 288-5555**。

Nếu quý vị cần hỗ trợ dịch thư này sang một ngôn ngữ khác, vui lòng liên lạc San Francisco Health Plan theo số **1(800) 288-5555**.

Если Вам нужна помощь с переводом этого письма на другой язык, пожалуйста свяжитесь с San Francisco Health Plan по телефону **1(800) 288-5555**.

Kung kailangan ninyo ng tulong para maisalin ang sulat na ito sa ibang wika, pakikontak ang San Francisco Health Plan sa **1(800) 288-5555**.

或者傳真至：

1(415) 547-7819

Attn: Pharmacy Department

San Francisco, CA 94119-4247

請在此空白處簡要說明您的藥物自付費的原因：

[illegible]

