

Руководство по отправке запроса на возмещение затрат на лекарства

Запросы на возмещение затрат на лекарства рассматриваются сотрудниками фармакологического отдела SFHP. Для рассмотрения запросов применяются Свидетельство страхового покрытия, исключения из правил плана и перечень лекарственных средств SFHP. Подача запроса не гарантирует возмещение расходов. Обратите внимание, что на обработку запроса может потребоваться до 30 дней.

Запросы на возмещение должны подаваться по факсу или почте и должны содержать письменное объяснение того, почему вы самостоятельно оплатили расходы на рецептурные препараты, а также кассовые чеки из аптеки, аптечный бланк со штрих-кодом или распечатку из аптеки с указанием стоимости лекарства и следующих сведений:

Фамилия, имя участника	Идентификационный номер SFHP	Дата рождения	Дата заполнения
Адрес в настоящее время	Город	Штат	Индекс
Название лекарства	Количество	Кто выписал лекарство	Уплаченная сумма
Название аптеки	Адрес аптеки	Номер телефона аптеки	Дата предоставления услуги
Для несовершеннолетних участников плана также необходимо указать Ф. И. О. родителя или законного опекуна, которому будет выслан чек:			

Перечень необходимых документов: (для рассмотрения запроса на возмещение требуется предоставить все указанные документы)

- Кассовый чек из аптеки, подтверждающий расходы участника плана.
- Аптечный бланк со штрих-кодом или распечатка из аптеки с указанием вашего имени, адреса, названия лекарства и даты выдачи.
- Письменное объяснение, почему вы самостоятельно оплатили рецептурное лекарство (для этого используйте свободное поле на следующей странице).

Запросы, в которых не будет доставать указанных документов, будут считаться неполными, и возмещение предоставляться не будет.

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.

