SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

Pharmacy Department
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
1(415) 547-7800
sfhp.org

Lineamientos para solicitud de reembolso de farmacia

Las solicitudes de reembolso por servicios de farmacia están sujetas a revisión a través del personal de farmacia de SFHP. La Evidencia de la cobertura, las exclusiones del plan y los lineamientos del formulario de medicamentos (formulario) de SFHP aplican para las solicitudes de reembolso. La presentación de solicitudes de reembolso no garantiza la aprobación de su solicitud. Tenga en cuenta que el proceso de su solicitud puede tomar hasta 30 días.

Todas las solicitudes de reembolso deben presentarse por fax o por correo y deben incluir una razón por escrito explicando por qué pagó su receta médica como desembolso directo, junto con los recibos de pago en la caja de la farmacia, los folletos de etiquetas de farmacia con código de barras o una impresión de farmacia con el precio y la siguiente información: :

Nombre del miembro	N.° de identificación de SFHP	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del medicamento	Cantidad	Persona que receta	Monto que paga
Nombre de la farmacia	Dirección de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia	Fecha del servicio
Para los miembros menores de edad, debe incluir el nombre de uno de los padres o un tutor legal, a quien se debe emitir el cheque:			

Lista de comprobación de presentación: (para la consideración del reembolso, se deben incluir todos los artículos)

- ☐ Recibo de caja de la farmacia que muestra el monto pagado como desembolso directo,
- ☐ Los folletos de etiquetas de la farmacia con código de barras o la impresión de farmacia, con su nombre, dirección, nombre del medicamento y fecha de suministro.
- ☐ Explicación escrita de por qué pagó su receta médica como desembolso directo (utilice el espacio proporcionado en la siguiente página)

Las solicitudes que no cumplan con estos puntos se considerarán incompletas y no se emitirá el reembolso.

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.

Envíe las solicitudes completas por correo a:
San Francisco Health Plan
Attn: Pharmacy Department
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4247

O las solicitudes por fax a:
1(415) 547-7819
Attn: Pharmacy Department

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de San Francisco Health Plan al número gratuito 1(800) 288-5555 o al 1(415) 547-7800. Gracias por su cooperación.

Utilice este espacio para explicar brevemente por qué pagó su medicamento como desembolso directo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de San Francisco Health Plan al número gratuito 1(800) 288-5555 o al 1(415) 547-7800. Gracias por su cooperación.

Si tiene deficiencia auditiva, llame a la línea de TDD/TTY al 1(415) 547-7830, al número de llamada gratuita 1(888) 883-7347 o por medio de California Relay Service al 711. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al 1(415) 547-7800 o al número de llamada gratuita al 1(800) 288-5555.