

Mga Alituntunin sa Paghingi ng Reimbursement ng Binayaran sa Botika

Napapailalim sa pagrerepaso ng mga tauhan ng botika ng SFHP ang mga paghingi ng reimbursement para sa mga serbisyo ng botika. Nalalapat sa mga paghingi ng reimbursement ang Katibayan ng Coverage sa SFHP, mga eksklusyon sa plano at mga alituntunin ng pormularyo. Ang pagsusumite ng mga kahilingan para sa reimbursement ay hindi garantiya na maaaprubahan ang inyong kahilingan. Mangyaring tandaan na maaaring magtagal nang hanggang 30 araw upang iproseso ang inyong kahilingan.

Dapat maisumite ang lahat ng kahilingan para sa reimbursement sa pamamagitan ng fax o koreo at dapat kasama rito ang nakasulat na dahilan na nagpapaliwanag kung bakit kayo nagbayad mula sa inyong sariling bulsa para sa inyong resetang gamot kasama ang mga resibo ng cash register ng botika, mga pulyeto ng pharmacy label na may barcode o printout ng botika, kasama ang presyo at ang sumusuod na impormasyon :

Pangalan ng Miyembro	SFHP ID#	Petsa ng Kapanganakan	Petsa Ngayon Araw
Address ng Kasalukuyang Kalye	Lungsod	Estado	Zip code
Pangalan ng gamot	Dami ng Gamot	Tagapagreseta	Halagang Binayaran
Pangalan ng Botika	Address ng Botika	Numero ng Telepono ng Botika	Petsa ng Serbisyo
Para sa mga miyembro na menor de edad, mangyaring isama ang pangalan ng isang magulang o legal na tagapag-alaga kung kanino ipapangalan ang tseke:			

Listahan ng isusumite: (dapat isama ang lahat ng bagay para maisaalang-alang ang reimbursement)

- Resibo ng cash register mula sa botika na ipinapakita ang halagang binayaran na mula sa sariling bulsa,
- Mga pulyeto ng pharmacy label na may barcode, o printout ng botika na kasama ang inyong pangalan, address, pangalan ng gamot, at petsa ng pagbibigay.
- Nakasulat na dahilan na nagpapaliwanag kung bakit kayo nagbayad mula sa inyong sariling bulsa para sa inyong resetang gamot (pakigamit ang espasyong ibinigay sa susunod na pahina)

Ituturing na hindi kumpleto ang mga kahilingan na hindi kasama ang mga bagay na ito at hindi ibibigay ang reimbursement.

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.

Mangyaring ipadala sa koreo ang mga nakumpletong kahilingan sa:
San Francisco Health Plan
Attn: Pharmacy Department
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4247

O i-fax ang mga kahilingan sa:
1(415) 547-7819
Attn: Pharmacy Department

Kung mayroon kayong anumang tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa San Francisco Health Plan Customer Services toll free sa **1(800) 288-5555** o **1(415) 547-7800**. Salamat sa inyong pakikipagtulungan.

Mangyaring gamitin ang espasyo na ito para magbigay ng maikling paliwanag kung bakit ninyo binayaran ang inyong gamot mula sa inyong sariling bulsa:
