SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

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

Hướng dẫn Yêu cầu Bồi hoàn Dịch vụ Nhà thuốc

Yêu cầu bồi hoàn dịch vụ nhà thuốc sẽ được nhân viên phụ trách nhà thuốc của SFHP xem xét. Bằng chứng Bảo hiểm SFHP yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm của quý vị sẽ áp dụng các trường hợp loại trừ và hướng dẫn trong dược thư của chương trình. Việc nộp yêu cầu bồi hoàn không đảm bảo là yêu cầu của quý vị sẽ được giải quyết. Xin lưu ý là cần phải mất 30 ngày để xử lý yêu cầu của quý vị.

Tất cả các yêu cầu bồi hoàn đều phải nộp qua fax hoặc gửi qua bưu điện và phải có văn bản giải thích lý do tại sao quý vị lại tự thanh toán toa thuốc cùng với hóa đơn thu tiền mặt có đăng ký, tờ thông tin có nhãn hiệu của nhà thuốc có mã vạch hoặc bản in thông tin của nhà thuốc, có ghi giá và những thông tin sau:

Tên Hội viên	Số ID của SFHP	Ngày Sinh	Ngày Hôm nay
Địa chỉ Đường phố Hiện tại	Thành phố	Tiểu bang	Mã zip
Tên thuốc	Số lượng	Người kê toa	Số tiền Phải trả
Tên Nhà thuốc	Địa chỉ Nhà thuốc	Số Điện thoại của Nhà thuốc	Ngày Thực hiện Dịch vụ
Hội viên vị thành niên vui lòng ghi rõ tên cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp là người sẽ nhận séc thanh toán:			

Danh sách kiểm tra các mục cần nộp: (phải bao gồm tất cả các mục cần xem xét để bồi hoàn)

- ☐ Hóa đơn tiền mặt có đăng ký, thể hiện số tiền đã tự trả,
- ☐ Tờ thông tin có nhãn hiệu của nhà thuốc có mã vạch hoặc bản in thông tin của nhà thuốc, có ghi tên, địa chỉ của quý vị, tên thuốc và ngày cấp.
- ☐ Văn bản giải thích lý do tại sao quý vị lại tự thanh toán toa thuốc (vui lòng sử dụng phần để trống ở trang sau)

Các yêu cầu thiếu những mục này sẽ bị coi là không đầy đủ và sẽ không được bồi hoàn.

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.

Vui lòng gửi yêu cầu đầy đủ qua bưu điện đến:
San Francisco Health Plan
Attn: Pharmacy Department
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4247

Hoặc fax yêu cầu đến:
1(415) 547-7819
Attn: Pharmacy Department

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên lạc với Dịch vụ Khách hàng San Francisco Health Plan theo số miễn phí **1(800) 288-5555** hoặc **1(415) 547-7800.** Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Vui lòng giải thích ngắn gọn lý do tại sao quý vị phải tự thanh toán cho thuốc của mình:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên lạc với Dịch vụ Khách hàng San Francisco Health Plan theo số miễn phí **1(800) 288-5555** hoặc **1(415) 547-7800.** Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi TDD/TTY line theo số **1(415) 547-7830,** số miễn phí **1(888) 883-7347** hoặc qua California Relay Service theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở định dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu SFHP khác, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555.**