

Formulario de solicitud de reembolso de recetas médicas

Use este formulario para solicitar el reembolso de los medicamentos cubiertos que se compraron a precio minorista. Complete un formulario por cada miembro. **Escriba claramente con letra de molde.**

Información del miembro		
Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):		
Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Información del proveedor y de la farmacia			
Nombre del proveedor que prescribe:		Nombre de la farmacia que dispensa:	
Teléfono:		Teléfono:	
Dirección:		Dirección:	
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Para solicitar el reembolso de más servicios para esta visita a la farmacia, escriba la información en una hoja aparte y luego adjunte la hoja a este formulario.			

Formulario de solicitud de reembolso de recetas médicas

Razón de la solicitud

Seleccione las opciones apropiadas para su solicitud:

- No utilicé mi tarjeta de identificación para medicamentos de receta
- Fui a una farmacia no participante (explique):
- Me despacharon una receta para un medicamento compuesto
- Estaba esperando autorización previa (aprobación del medicamento)
- La factura de mi farmacia es incorrecta
- Problemas de elegibilidad
- Problemas con el seguro principal
- Otra razón, explique:

Ratificación

Ratifico que la información que he entregado con este formulario y en éste es correcta.

Escriba el nombre del miembro en letra de molde:

Firma del miembro (padre/tutor legal):

Fecha:

Instrucciones para presentar el formulario

- Incluya la información original de la farmacia que normalmente se encuentra adentro de la bolsa o grapada en la parte de afuera de la bolsa de cada medicamento. Si no tiene las etiquetas de la farmacia, pídale a su farmacia que se las proporcione.
- Complete el formulario. Firme y coloque la fecha.
- Envíe el formulario completado con la(s) etiqueta(s) de la farmacia a:

Select Health of South Carolina
Attn: Medication Reimbursement
P.O. Box 40849
Charleston, SC 29423

Nota: No se garantiza el reembolso. Las solicitudes de reembolso están sujetas a los límites, exclusiones y disposiciones de su plan.

Aviso contra la discriminación

First Choice by Select Health of South Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. First Choice no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

First Choice proporciona a las personas con discapacidades asistencia y servicios gratuitos, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporciona servicios sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a First Choice al **1-888-276-2020** (TTY **1-888-765-9586**). Estamos disponibles de lunes a viernes (8 a.m. a 9 p.m.) y sábado a domingo (8 a.m. a 6 p.m.).

Si cree que First Choice no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance Supervisor First Choice Member Services
P.O. Box 40849, Charleston, SC 29423-0849
1-888-276-2020 (TDD/TTY **1-888-765-9586**)
Fax: **1-800-575-0419**
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de First Choice está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

FirstChoice
by Select Health of South Carolina
Your Hometown Health Plan

www.selecthealthofsc.com

Healthy Connections 

Servicios de idiomas

English: If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Arabic:

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-276-2020** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-888-765-9586**).

Portuguese: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Russian: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Vietnamese: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Brazilian Portuguese: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame **1-888-276-2020** (TTY : **1-888-765-9586**).

Chinese: 如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Falam: Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। काल करें: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)।

Korean: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)번으로 전화해 주십시오.

Chin: Hakha holh a hmanngmi na si ahcun man lo in holh leh piaknak lei bawmchanh khawh na si. Auh khawhnak: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

French: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-276-2020** (ATS : **1-888-765-9586**).

Karen:

နမ့်ကတိ ကညိ ကျိအယိ, နမန့် ကျိအတိအစါလါ တလါဘျုးလါဘျုး နီတမံဘျုးသ့န့လိ. ကိ: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Amharic: ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-276-2020** (መስማት ለተሳናቸው: **1-888-765-9586**)::

Burmese: အကယ်၍ သင်သည်မြန်မာစကား ကို ပြောပါက ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငဲ့အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။