

Estimado miembro de Healthy Connections,

Formularios de reembolso de viaje están con esta carta. Usted puede hacer tantas copias como sea necesario para futuros viajes. También puede llamar a LogistiCare **Línea de Reservas** para solicitar una copia de la forma.

Su proveedor médico debe firmar el Formulario de Reembolso de Gasolina para validar que usted atendió su cita. Usted no recibirá un pago de reembolso para su viaje al menos que el formulario este completo. La tarifa es \$0.32 por milla. La distancia sería el número de millas que viaje de su hogar a la cita médica, y entonces de la cita médica a su hogar. Le darán el total de millas cuando haga su reservación. Así es como funciona:

1. Antes de su cita médica, llame a su línea de reservación para que obtenga un número de confirmación/viaje. El número de confirmación/viaje es necesario en el formulario. **Escriba su número de confirmación/viaje y la fecha de su viaje en el formulario cuando lo obtenga de LogistiCare!** Olvidar agregar esta información es un error común. En cual esto causaría que su reembolso sea negado. Asegúrese añadir esta información en su formulario antes de que se le olvide!
2. Asegúrese que rellene el formulario completo **excepto** por el espacio donde dice “Firma del Doctor/Medico”.
3. Llévese el formulario con usted a su cita médica y pídale a su médico que lo firme. Su médico debe de firma la porción donde dice “Firma del Doctor/Medico”.
4. Usted puede poner seis viajes en un formulario.
5. **No más puede haber un conductor para cada formulario.** Usted debe de completar y mandar un formulario diferente para cada conductor que lo lleva a sus citas médicas. Indícale al especialista de reservaciones si usted tiene más de un conductor. El reembolso le va llegar a la persona que usted indicó cuando hizo la reservación.
6. Cuando el formulario este completo, por favor envíelo por correo a la siguiente dirección:

LogistiCare Claims Department
South Carolina Gas Reimbursement
1640 Phoenix Boulevard,
Suite 110
College Park, GA 30349
7. Cheques son enviados por correo según el siguiente calendario.
8. Si tiene alguna pregunta, problema, o preocupación, por favor llame a LogistiCare al 866-381-4853. Si un representante no está disponible para contestar su llamada, por favor deje un mensaje de voz detallado. Mensajes de voz serán respondidos dentro de un día de negocio. Asegúrese dejar el mejor número de teléfono para poder responderle a su mensaje de voz. La oficina de reclamaciones no emite números de confirmación/viaje.

Ultimo día para recibir forma de reembolso en la Oficina	Cheque de reembolso es enviado por correo	Ultimo día para recibir forma de reembolso en la Oficina	Cheque de reembolso es enviado por correo
Jueves, Enero 7, 2016	Viernes, Enero 22, 2016	Jueves, Julio 21, 2016	Viernes, Agosto 5, 2016
Jueves, Enero 21, 2016	Viernes, Febrero 5, 2016	Jueves, Agosto 4, 2016	Viernes, Agosto 19, 2016
Jueves, Febrero 4, 2016	Viernes, Febrero 19, 2016	Jueves, Agosto 18, 2016	Viernes, Septiembre 2, 2016
Jueves, Febrero 18, 2016	Viernes, Marzo 4, 2016	Jueves, Septiembre 1, 2016	Viernes, Septiembre 16, 2016
Jueves, Marzo 3, 2016	Viernes, Marzo 18, 2016	Jueves, Septiembre 15, 2016	Viernes, Septiembre 30, 2016
Jueves, Marzo 17, 2016	Viernes, Abril 1, 2016	Jueves, Septiembre 29, 2016	Viernes, Octubre 14, 2016
Jueves, Marzo 31, 2016	Viernes, Abril 15, 2016	Jueves, Octubre 13, 2016	Viernes, Octubre 28, 2016
Jueves, Abril 14, 2016	Viernes, Abril 29, 2016	Jueves, Octubre 27, 2016	Viernes, Noviembre 11, 2016
Jueves, Abril 28, 2016	Viernes, Mayo 13, 2016	Jueves, Noviembre 10, 2016	Viernes, Noviembre 25, 2016
Jueves, Mayo 12, 2016	Viernes, Mayo 27, 2016	Jueves, Noviembre 24, 2016	Viernes, Diciembre 9, 2016
Jueves, Mayo 26, 2016	Viernes, Junio 10, 2016	Jueves, Diciembre 8, 2016	Jueves, Diciembre 23, 2016
Jueves, Junio 9, 2016	Viernes, Junio 24, 2016	Jueves, Diciembre 22, 2016	Viernes, Enero 6, 2017
Jueves, Junio 23, 2016	Viernes, Julio 8, 2016	Jueves, Enero 5, 2017	Viernes, Enero 20, 2017
Jueves, Julio 7, 2016	Viernes, Julio 22, 2016		

Notice of Non-Discrimination



The South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. SCDHHS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

SCDHHS provides free aids and services to people with disabilities, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats). We provide free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact Janet Bell, ADA and Civil Rights Official, by mail at: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206; by phone at: 1-888-808-4238 (TTY: 1-888-842-3620); or by email at: civilrights@scdhhs.gov.

If you believe that SCDHHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Official using the contact information provided above. You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance, we are available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 or by phone at: 800-368- 1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Language Services

If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-549-0820 (رقم هاتف الصم اولبكم: 888-842-3620).

خدمات المساعدة اللغوية

كنت تتحدث ذاك اللغة، فإن

إذا

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-549- 0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620).

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua lingua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-888-549-0820 (TTY : 1-888-842-3620)

如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

धयद आप हद बोलते ह तो आपके िलए मु त म भाषा सहायता सेवाएं उपल ध ह। 1-888-549-0820

(TTY: 1-888-842- 3620) पर कॉल कर।

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-549- 0820 (TTY: 1-888-842-3620)번으로 전화해 주십시오.

Haka tawng thiam tu na si le tawng let asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in ko thei.

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-549-0820 (ATS: 888-842-3620).

နမ့်ကတိက တညီ ကျိအယိ, နမန့် ကျိအတိမတိလါ တလင်ဘူင်လင်စု နီတမံဘာညသုန့င်လီ. ကိ: 1-888-549-0820 (TTY:1-888-842-3620)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ: 1-888-549- 0820 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-842-3620).

အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ၎င်းအတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။

ဖုန်းနံပါတ် 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။