



Formulario de Reembolso Directo al Miembro

Instrucciones: Lea y rellene todo el formulario.

- 1. Este formulario debe ser completamente relleno para poder procesar sus reclamos. Complételo de forma minuciosa.
- 2. Adjunte todos los recibos de las recetas médicas al reverso de este formulario.
- 3. Los recibos de las recetas médicas deben contener la información que se indica a continuación: número de receta médica, fecha de renovación, nombre de la farmacia, nombre del médico, nombre del medicamento, dosis, cantidad y cargo por la receta médica.
****No se aceptarán los recibos de caja registradora de la tienda, los recibos **DEBEN** contener la información indicada****.

4. Firme el formulario y envíe los recibos a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
Attention: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

5. Si tiene alguna pregunta o preocupación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

Información del Miembro: (Esta es la persona que se considera titular de la tarjeta). Escriba en letra de molde.

Nombre del Miembro:

Fecha de Nacimiento: _____

Número de ID del

Miembro: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección

Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal:

Información sobre la Receta Médica:

Número de	Fecha en que se	Nombre de la Farmacia y Número de Registro Nacional del Proveedor	Nombre del	Concentración	Cantidad y Suministro Diario	Monto Pagado
-----------	-----------------	---	------------	---------------	------------------------------	--------------

Receta Médica	Surtió la Receta	(National Provider Registry, NPI)	Medicamento			

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>