

Programa de recompensas de Molina 2022

Formulario para miembros de Apple Health

Inmunizaciones para adolescentes

Asegúrese de que su hijo reciba todas las vacunas necesarias antes de cumplir los 13 años y reciba una **tarjeta regalo de Amazon.com de \$25**. Estas importantes vacunas son un beneficio cubierto de Molina Healthcare, sin costo alguno para usted.

Las vacunas son una manera segura de mantener saludable a su hijo.

Lleve a su hijo a que reciba todas las vacunas que se mencionan a continuación antes de cumplir los 13 años para que reciba una tarjeta regalo de \$25.

*** Llene este formulario, adjunte una copia del registro de vacunas y envíenosla para canjear la recompensa.**

- ✓ Al menos una vacuna meningocócica
- ✓ Al menos una vacuna antitetánica, antidiftérica **Y** contra la tos ferina (Tdap)
- ✓ 2 o 3 vacunas de la serie de vacunas contra el virus de papiloma humano (VPH)

Sí, a mi hijo se le administraron todas las inmunizaciones mencionadas anteriormente antes de cumplir los 13 años.

Nombre del padre, de la madre o del tutor: _____

Fecha de la última inmunización (vacuna): _____

Nombre del proveedor: _____

Nombre de la clínica: _____

**Si llevó a su hijo a más de un proveedor, solo debe anotar uno de ellos y el nombre de la clínica correspondiente.*

PARA RECIBIR SU RECOMPENSA

LLENE TODO EL FORMULARIO (de ambos lados). Escriba en letra de molde de manera prolija y devuélvalo a Molina con una copia del registro de las inmunizaciones por alguno de los siguientes medios:

Por correo postal

Molina Healthcare
Attn: Quality Team
P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041-4004

Correo electrónico:

MHW_QI_Interventions@MolinaHealthcare.com

Fax

Attn: Molina Quality Team al (800) 461-3234

Teléfono

Llámenos al (800) 869-7175, ext. 141428 y proporcione información sobre la consulta que realizó.

Dé vuelta la página para llenar el formulario →



Estás en familia.

Nombre*: _____

Fecha de nacimiento*: _____

Núm. de ID de ProviderOne*: _____ (Puede encontrar este número en la tarjeta de identificación de ProviderOne de su hijo. Es un número de 9 dígitos como el que aparece a continuación: 123456789WA).

Dirección de correo electrónico*: _____
(Necesitamos su dirección de correo electrónico para informarle cuando la tarjeta regalo de su hijo esté lista).

*** Se debe completar.**

Si NO tiene una dirección de correo electrónico, proporcione su dirección postal y le enviaremos la tarjeta regalo de su hijo por correo.

Dirección postal: _____ **Unidad:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono fijo: _____ **Teléfono celular:** _____

Si tiene alguna pregunta, llame al (800) 869-7175, ext. 141428 o envíe un correo electrónico a MHW_QI_Interventions@MolinaHealthcare.com.

Nota: Para recibir la recompensa, su hijo debe tener a Molina Healthcare of Washington como su seguro principal en el momento de la prestación del servicio. Debe completar el servicio durante el año natural 2022. Los servicios realizados antes no serán elegibles para las recompensas. Los formularios de recompensa deben enviarse antes del 31 de enero del 2023. Espere de 2 a 8 semanas después de la confirmación de la consulta para recibir el aviso de recompensa. Para canjear la recompensa de su hijo, deberá crear una cuenta de MyMolina con la ID del miembro de Molina de su hijo. Visite MyMolina.com para crear una cuenta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para programar una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (800) 869-7165 (TTY: 711).

Molina Healthcare of Washington, Inc. ("Molina") cumple con las leyes federales y del estado de Washington sobre los derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género o identidad sexual. Usted tiene derecho a obtener esta información sin costo adicional en un formato diferente, como audio, sistema Braille o letra grande debido a sus necesidades especiales, o bien a obtener esta información en su idioma.

English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-869-7165 (TTY: 711).

Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-869-7165 (TTY: 711).

Chinese 注意: 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 1-800-869-7165 (TTY: 711)。

Las recompensas de salud pueden cambiar sin previo aviso.
Se aplican restricciones, consulte el sitio web amazon.com/gc-legal.