Formulario de reembolso directo al miembro

Debe llenar el formulario completamente para que podamos tramitar sus reclamos.

1. Adjunte todos los recibos de recetas médicas al dorso de este formulario.

2. Los recibos deberán contener lo siguiente:
   - Número de receta
   - Fecha de surtido
   - Nombre de la farmacia
   - Nombre del médico
   - Nombre del medicamento
   - Concentración
   - Cantidad y costo del medicamento

   No se aceptarán recibos de efectivo de la tienda.

3. Firme el formulario y envíe los recibos por correo postal a:
   Molina Healthcare, Senior Whole Health of New York, Passport Advantage by Molina Healthcare, My Choice Wisconsin, ConnectiCare, o Central Health Medicare Plan
   Attention: Pharmacy Department
   7050 Union Park Center Suite 600
   Midvale, UT 84047

Si tiene alguna pregunta, llame a 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.

Detalles del miembro:

Nombre del miembro:_____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de envio:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de Rx:

Número de receta	Fecha de surtido de la receta	Nombre de la farmacia y número NPI	Nombre del medicamento	Concentración	Número y suministro diario	Monto pagado

Aviso de disponibilidad (NOA)