



Formulario de Reembolso directo a los miembros

Debe completar todo el formulario para que podamos procesar sus reclamo(s).

1. Adjunte todos los recibos de recetas médicas (Rx) al dorso de este formulario.
2. Los recibos deberán contener lo siguiente:
 - número de Rx
 - Fecha de surtido
 - Nombre de la farmacia
 - Nombre del doctor
 - nombre de Rx
 - Concentración
 - Monto pagado

No se aceptarán recibos de dinero en efectivo de la farmacia.

Firme el formulario y envíe los recibos
por correo postal a:

Molina Dual Options Cal MediConnect Plan
Medicare-Medicaid Plan
Atención: Pharmacy Department
7050 Union Park Center Suite 200
Midvale, UT 84047

3. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de miembro al (855) 665-4627; los usuarios de TTY deben llamar al 711; de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Detalles del miembro:

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de Rx:

Número de Rx	Fecha de surtido de Rx	Nombre de la farmacia y número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI)	Nombre del medicamento	Concentración	Número y suministro diario	Monto pagado

Número de Rx	Fecha de surtido de Rx	Nombre de la farmacia y número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI)	Nombre del medicamento	Concentración	Número y suministro diario	Monto pagado

Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.