Formulario de Reembolso Directo para Miembros

Debe rellenar todo este formulario para que podamos procesar sus reclamos.

1. Adjunte todos los recibos de las recetas médicas (Rx) al reverso de este formulario.

2. Los recibos deben tener lo siguiente:
   - Número de Receta
   - Fecha en la que se surtió
   - Nombre de la tienda
   - Nombre del Doctor
   - Nombre de la Receta
   - Concentración
   - Monto Pagado

No se aceptarán los recibos de caja registradora de la tienda.

3. Firme el formulario y envíe los recibos por correo postal a la siguiente dirección: Molina Healthcare

   Attention: Pharmacy Department
   7050 Union Park Center, Suite 200
   Midvale, UT 84047

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, los usuarios de TTY deben llamar al 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, y del 1 de abril al 30 de septiembre, 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 ID del Miembro: _____Número de Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Información de la Rx:

Número de Receta Médica	Fecha en que se Surtió la Receta	Nombre de la Farmacia y Número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI)	Nombre del Medicamento	Concentración	Número y Suministro Diario	Monto Pagado

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711. La llamada es gratuita.

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

H5810_23_637_CADMRForm_C