Formulario de reembolso directo al miembro

Instrucciones: Por favor, lea y llene todo el formulario.

1. Este formulario se debe llenar completamente para poder procesar su(s) reclamo(s). Por favor, sea cuidadoso.
2. Adjunte todos los recibos de recetas médicas al dorso de este formulario.
3. Los recibos de recetas médicas deben contener toda la siguiente información: número de receta médica, fecha del surtido, nombre de la farmacia, nombre del médico, nombre del medicamento, concentración, cantidad y costo del medicamento recetado.
****No se aceptarán recibos de cajas registradoras de tiendas, los recibos **DEBEN** tener la información indicada arriba. ****

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

Molina Healthcare
Atención: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

5. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086. Los usuarios del servicio TTY deberán llamar al 711. Estamos a su disposición del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Información del miembro: (este es el individuo considerado como el titular de la tarjeta) En letra imprenta

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento:_____

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

Dirección postal:_____

Ciudad, Estado, Código postal:_____

Información de la receta médica:

Número de Rx	Fecha de surtido de Rx	Nombre de la farmacia y N.º de NPI	Nombre del medicamento	Concentración	Cantidad 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.

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

Otros médicos/proveedores están disponibles en nuestra red.