



**Formulario de reembolso directo al miembro**

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

1. Debe llenar el formulario completamente para poder tramitar sus reclamos.
2. Adjunte todos los recibos de recetas médicas al reverso de este formulario.
3. Los recibos deben incluir la siguiente información:
  - Número de receta
  - nombre del medicamento
  - fecha de surtido
  - concentración
  - nombre de la farmacia
  - cantidad y costo del medicamento
  - nombre del médico

\*\*\*\* No se aceptarán recibos de la caja registradora de la tienda. Los recibos **DEBEN** incluir la información que se indica arriba.\*\*\*\*

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

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan  
Atención: Pharmacy Department  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

5. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604. Los usuarios del servicio TTY deberán llamar al 711. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

**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: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

**Información de la receta médica:**

| Número de receta | Fecha de surtido de la receta | Nombre de la farmacia y N.º de NPI | Nombre del medicamento | Concentración | Cantidad y días del suministro | Monto pagado |
|------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------|--------------------------------|--------------|
|                  |                               |                                    |                        |               |                                |              |
|                  |                               |                                    |                        |               |                                |              |
|                  |                               |                                    |                        |               |                                |              |
|                  |                               |                                    |                        |               |                                |              |

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. 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, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia

H7844\_NSR\_19\_292\_MIMMPDMRForm es 9/19/2018