



Formulario de reembolso directo al miembro

Instrucciones: Lea y complete todo el formulario.

1. Debe completar el formulario en su totalidad para que podamos procesar sus reclamaciones.
2. Adjunte en el reverso de este formulario todos los recibos de los medicamentos recetados
3. Los recibos deben contener la siguiente información:
 - número de receta
 - nombre del medicamento
 - fecha en que se surtió
 - dosis
 - nombre de la farmacia
 - cantidad e importe del medicamento recetado
 - nombre del médico

****No se aceptarán recibos de cajas registradoras de tiendas. Los recibos **DEBEN** contener la información indicada anteriormente****

4. Firme el formulario y envíe los recibos a:

Molina Dual Options MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)
 Attention: Pharmacy Department
 7050 Union Park Center Suite 600
 Midvale, UT 84047

5. Ante cualquier pregunta o inquietud, llame a Servicios para Miembros al (855) 665-4623. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

Información del miembro: (La persona considerada el titular). Escriba en letra de 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 receta	Fecha en que se surtió la receta	Nombre de la farmacia y número de NPI	Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad y suministro diario	Importe que pagó

El plan Molina Dual Options MyCare Ohio Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. 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 de asegurabilidad o ubicación geográfica.