



**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
  - fecha en que se surtió
  - nombre de la farmacia
  - nombre del médico
  - nombre del medicamento
  - dosis
  - cantidad e importe del medicamento recetado

\*\*\*\*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 200  
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 a. m. a 8 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 |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------|------------------------------|------------------|
|                  |                                  |                                       |                        |       |                              |                  |

| 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 |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------|------------------------------|------------------|
|                  |                                  |                                       |                        |       |                              |                  |
|                  |                                  |                                       |                        |       |                              |                  |

Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid Plan es un plan médico que tiene contratos con Medicare y Ohio Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a sus miembros.

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 a. m. a 8 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.