

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 médica
 - 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:

Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid
Attention: Departamento de Farmacia
7050 Union Park Center Suite 600
Midvale, UT 84047

5. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831. Los usuarios del servicio TTY deberán llamar al 711.
Estamos a su disposición los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 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: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Información de la receta médica:

| Número de receta médica | Fecha de surtido de la receta | Nombre de la farmacia y número de identificación nacional del proveedor | Nombre del medicamento | Concentración | Cantidad y suministro diario | Monto pagado |
|-------------------------|-------------------------------|---|------------------------|---------------|------------------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

El plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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 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.