



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.