Formulario de Reembolso Directo al Miembro

Instrucciones: Lea y rellene todo el formulario.

1. Este formulario debe ser completamente rellenado para poder procesar sus reclamos. Complételo de forma minuciosa.
2. Adjunte todos los recibos de las recetas médicas al reverso de este formulario.
3. Los recibos de las recetas médicas deben contener la información que se indica a continuación: número de receta médica, fecha de renovación, nombre de la farmacia, nombre del médico, nombre del medicamento, dosis, cantidad y cargo por la receta médica.

****No se aceptarán los recibos de caja registradora de la tienda, los recibos **DEBEN** contener la información indicada****.

4. Firme el formulario y envíe los recibos a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
Attention: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

5. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-308, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, y 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: (Esta es la persona que se considera titular de la tarjeta). Escriba en letra de molde.

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Número de ID del Miembro:_____ Número de Teléfono:_____

Dirección Postal:_____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información sobre la Receta Médica:

Número de Receta Médica	Fecha en que se Surtió la Receta	Nombre de la Farmacia y Número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Registry, 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