

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL/LA NIÑO(A) _____
 NÚMERO DE CASO DE DSCC _____

Para recibir el reembolso, devuelva esta hoja de registro de costos junto con los recibos a la Oficina Regional que le corresponde. Se aceptan copias fotostáticas de los recibos de medicamentos si los recibos originales se enviaron a la aseguranza principal. UIC-DSCC solamente pagará los costos aprobados relacionados con el padecimiento de su hijo(a) que califica médicamente para recibir beneficios de UIC-DSCC.

FECHA DEL SERVICIO (Anotar en orden por fecha)	NÚMERO DE RECETA (Sólo para copagos de recetas)	MÉDICO QUE RECETA O PROVEEDOR DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO o ARTÍCULO RECETADO (obligatorio si no tiene número de receta)	CANTIDAD PAGADA
REEMBOLSO TOTAL				

Certifico que las cantidades indicadas arriba se le pagaron al proveedor identificado para los medicamentos o servicios médicos recetados para el/la niño(a) registrado con UIC-DSCC.

FIRMA DEL BENEFICIARIO Y FECHA _____

SÓLO PARA USO DE DSCC

VERIFICATION OF PAYEE & ADDRESS:

Payment: FRA _____ Spouse of FRA in same household _____ Other _____ (must be enrolled in CPS)

I approve the reimbursement for the above medication/medical services and that the services or medications were appropriate to treat the UIC-DSCC eligible condition. Payment is sent to the address of the FRA. Payment to another address requires enrollment of payee.

CARE COORDINATOR/PCA CERTIFICATION _____ DATE _____

RM/ARM APPROVAL _____ DATE _____

(For RO address stamp)

*****Consulte las instrucciones detalladas al reverso*****

QUÉ DEBE HACER PARA RECIBIR EL REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS Y COPAGOS POR SERVICIOS MÉDICOS.

- Complete la información de los incisos 1 al 9, según se describe a continuación.
- Firme el formulario y ponga la fecha.
- Envíe los recibos originales de los medicamentos y la explicación de beneficios de la aseguranza (si corresponde). Se aceptan copias fotostáticas de los recibos de medicamentos si los recibos originales se enviaron a la aseguranza principal. Envíe el recibo del proveedor de la consulta o los servicios médicos. En el caso de artículos que no tienen número de receta, envíe una copia de la receta médica y del recibo de pago original a la Oficina Regional que le corresponde.
- Por favor envíe el formulario de reembolso en un plazo de **treinta (30) días** de la fecha del servicio.
- Si el beneficiario vive en la misma unidad familiar que el adulto económicamente responsable prefiere que se le dé el reembolso directamente, el beneficiario tiene que estar inscrito como proveedor de UIC-DSCC.

CÓMO COMPLETAR ÉSTE FORMULARIO:

1. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL BENEFICIARIO:** Anote el número de Seguro Social, nombre y dirección postal de la persona que recibirá el reembolso.
2. **NOMBRE DEL/LA NIÑO(A) Y NÚMERO DE CASO:** Anote el nombre legal del/la niño(a) y el número de caso de seis dígitos de la División de Cuidado Especializado para Niños (DSCC).
3. **FECHA DEL SERVICIO:** Anote la fecha en que se obtuvo el medicamento con receta o la fecha en que se le proporcionaron los servicios médicos (mes-día-año). Anótelos en orden según la fecha.
4. **NÚMERO DE RECETA:** Anote el número de receta "RX" que se encuentra en el recibo del medicamento.
5. **MÉDICO RECETANTE O NOMBRE PROVEEDOR DEL SERVICIO:** Si se trata de un medicamento, anote el nombre del individuo recetante indicado en el recibo del medicamento. Si el recibo tiene el nombre del hospital, anote el nombre del individuo que se lo recetó. Si se trata de servicios médicos, anote el nombre del médico que le proporcionó los servicios médicos.
6. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO O ARTÍCULO RECETADO:** Identifique y describa el servicio o los artículos recetados. (Debe ser completado si el artículo no tiene un número de receta.)
7. **CANTIDAD PAGADA:** Anote cuánto pagó por el medicamento, otro artículo recetado o los servicios médicos.
8. **REEMBOLSO TOTAL:** Anote el total de todas las cantidades pagadas.
9. **FIRMA DEL BENEFICIARIO Y FECHA:** Firma de la persona cuyo número de seguro social (beneficiario) está anotado en la parte superior del formulario y quién recibirá el reembolso. Anote la fecha en que se firmó el registro de costos.
10. **CERTIFICACIÓN DEL COORDINADOR DE CUIDADO/PCA:** **No escriba en este espacio.** (Aquí firmará el Coordinador de Cuidado de UIC-DSCC.)
11. **CERTIFICACIÓN DE RM/ARM:** **No escriba en este espacio.** (Aquí firmará el/la gerente.)

ANTES DE ENVIARLO. . .

- ¿Adjuntó el recibo original del medicamento, la copia impresa de la farmacia o el recibo de copago del proveedor de servicios médicos?
- ¿Adjuntó el recibo de pago detallado para el artículo/servicio de venta sin receta y una descripción?
- ¿Adjuntó la explicación de beneficios de la aseguranza?
- ¿Completó la parte del frente del formulario y lo firmó y la puso fecha?

ENVIAR A:

La dirección indicada en la esquina inferior izquierda de la parte delantera de este formulario.

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO?

Llame a su Coordinador de Cuidado al número sin costo de la Oficina Regional.