

**NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL
BENEFICIARIO**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

NÚMERO DE LA DSCC _____

Para recibir un reembolso, debe devolver este registro de costos a su oficina regional de la DSCC de la UIC, CON RECIBOS. La DSCC de la UIC solo aprobará los costos relacionados si la condición médica del participante es elegible para el programa central de la DSCC de la UIC.

FECHA DEL SERVICIO O LA COMPRA (Enumere en orden cronológico)	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, ARTÍCULO, EVENTO O NÚMERO DE RX DE LA MEDICACIÓN	¿A QUIÉN LE PAGÓ?	CANTIDAD PAGADA
		REEMBOLSO TOTAL	

Certifico que las cantidades enumeradas se pagaron a los proveedores identificados por medicación recetada, servicios o artículos en nombre del participante de la DSCC de la UIC.

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ FECHA _____

SOLO PARA USO DE LA DSCC

Payee name and address must match information on record.

Payee: ☐ Applying LRA ☐ Spouse in Same Household ☐ Other (must be enrolled)

I approve reimbursement for the listed medications, items, or services and verify they are related to the Core eligible medical condition and are consistent with DSCC policies.

CARE COORDINATOR/PCA CERTIFICATION _____ DATE _____

RM/ARM APPROVAL _____ DATE _____

(For RO address stamp)

***** Vea las instrucciones detalladas al dorso *****

PARA RECIBIR REEMBOLSOS POR GASTOS APROBADOS:

- Comuníquese con su coordinador de cuidados para asegurarse de que el gasto sea elegible.
- Complete los puntos 1-8 que se describen a continuación.
- Firme y coloque la fecha en el formulario.
- Envíe un recibo por cada artículo, medicación o evento. En el recibo, debe figurar el pago.
- Envíe este formulario de reembolso dentro de los **30 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- Se puede realizar el pago al adulto legalmente responsable que ha solicitado asistencia financiera o al cónyuge de esa persona, que viva en la misma casa. Se necesita documentación adicional para pagos a terceros.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

1. **NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL BENEFICIARIO:** Ingrese el nombre y la dirección postal de la persona que recibirá el pago.
2. **NOMBRE Y NÚMERO DE DSCC DEL PARTICIPANTE:** Ingrese el nombre del participante y el número de seis dígitos de la DSCC.
3. **FECHA DEL SERVICIO:** Escriba la fecha en la que se surtió la prescripción, se brindaron los servicios médicos o la fecha en la cual se realizó el pago de los eventos o materiales educativos (mes-día-año). Enumérelos en orden cronológico.
4. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, ARTÍCULO, EVENTO O NÚMERO DE RX DE LA MEDICACIÓN:** Ingrese el número de Rx, el nombre de la medicación de venta libre, o describa el servicio, evento o artículo.
5. **¿A QUIÉN LE PAGÓ?:** Escriba el nombre de la farmacia, de la tienda o del negocio al cual le pagó.
6. **CANTIDAD PAGADA:** Escriba la cantidad de dinero que pagó por la medicación, por otros artículos recetados o por servicios médicos.
7. **REEMBOLSO TOTAL:** Ingrese el total de las cantidades pagadas.
8. **FIRMA DEL BENEFICIARIO Y FECHA:** La firma de la persona mencionada en la parte superior del formulario, que será quien reciba el reembolso. Ingrese la fecha en que se firmó el registro de costos.
9. **COORDINADOR DE CUIDADO/CERTIFICACIÓN DE PCA Y FECHA:** **No escriba en este espacio.** (Debe ser firmado por personal de la DSCC de la UIC)
10. **APROBACIÓN DE RM/ARM Y FECHA:** **No escriba en este espacio.** (Debe ser firmado por el gerente)

¿USTED HA HECHO LO SIGUIENTE?

- Para los medicamentos recetados, ¿ha incluido el recibo original de la medicación o el recibo impreso de la farmacia?
- Para los medicamentos de venta libre, ¿ha incluido un recibo de caja detallado?
- Para los copagos, ¿ha incluido el recibo del proveedor donde figure el copago realizado?
- Para todos los demás gastos, ¿ha incluido el recibo detallado en el cual figura a quién se realizó el pago y por qué?
- ¿Ha completado el frente del formulario, con firma y fecha?

ENVÍELO POR CORREO A:

La dirección se encuentra en el frente de este formulario.

¿NECESITA AYUDA?

Llame o envíe un correo electrónico a su oficina regional de la DSCC