

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 División de Cuidado Especializado para Niños de la Universidad de Illinois Chicago (University of Illinois Chicago Division of Specialized Care for Children - DSCC), CON RECIBOS. La DSCC solo aprobará los costos relacionados si la condición médica del participante es elegible para el programa central de la DSCC.

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.

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)

***** Ve a 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 completó la prescripción, la fecha en la que se brindó asistencia médica, o la fecha en la que se realizó el pago para 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 del medicamento de venta libre, o describa el servicio, evento u objeto.
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)
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: ¿incluían un recibo detallado para entregar en la caja?
- Para los copagos: ¿incluían los recibos del proveedor en donde se muestra que el copago está pago?
- 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