DIVISION OF SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN

REGISTRO DE COSTOS DE REEMBOLSO FAMILIAR

Nombre del beneficiario: _____ Nombre del participante: _____

Dirección postal completa:_____ Número DSCC: _____

_____ Oficina regional: _____

Para recibir el reembolso, este registro de costos debe devolverse a la Oficina regional de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de la Universidad de Illinois Chicago JUNTO CON LOS RECIBOS. La DSCC solo aprobará costos relacionados con la condición médica elegible para DSCC Core de un participante.

FECHA DE SERVICIO O COMPRA (Indique en orden de fecha)	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, ARTÍCULO, EVENTO O CANTIDAD DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS	¿A QUIÉN LE PAGÓ?	CANTIDAD PAGADA
			$
			$
			$
			$
			$
			$
			$

REEMBOLSO TOTAL: $_____

Certifico que las cantidades indicadas se pagaron a los proveedores identificados por medicamentos, servicios o artículos recetados en nombre del participante de la DSCC.

_____ _____

Firma del beneficiario *Fecha*

SOLO PARA USO DE LA DSCC

El nombre y la dirección del beneficiario deben coincidir con la información que figura en nuestros registros.

Beneficiario: ☐ Solicitud de LRA ☐ Cónyuge en el mismo hogar ☐ Otro (debe estar inscrito)

Apruebo el reembolso de los medicamentos, artículos o servicios descritos y hago constar que están relacionados con la condición médica elegible básica y que son congruentes con las políticas de la DSCC.

_____ _____

Certificación de coordinador de atención/PCA *Fecha*

_____ _____

Aprobación de RM/ARM *Fecha*

(Para sello de dirección de RO)

INSTRUCCIONES DEL REGISTRO DE COSTOS DE REEMBOLSO FAMILIAR

PARA OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS APROBADOS:

- Hable con su Coordinador de atención para asegurarse de que el gasto sea elegible.
- Complete los puntos del 1 al 8 como se describe a continuación.
- Firme y feche el formulario.
- Envíe un recibo por cada artículo, medicamento o evento. El recibo debe demostrar que se realizó el pago.
- Envíe este formulario de reembolso dentro de los **30 días** posteriores a la fecha del servicio.
- El pago puede realizarse al adulto legalmente responsable que solicitó ayuda financiera o al cónyuge de esa persona que vive en el mismo hogar. Se requiere documentación adicional para pagar a alguien más.

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 LA DSCC DEL PARTICIPANTE:** Ingrese el nombre y el número de seis dígitos de la DSCC del participante.
3. **FECHA DEL SERVICIO:** Escriba la fecha en que se surtió la receta, la fecha en que se prestaron los servicios médicos o la fecha en que se realizó el pago por eventos o materiales educativos (mes-día-año). Indique en orden de fecha.
4. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, ARTÍCULO, EVENTO O CANTIDAD DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** Ingrese el número de receta, el nombre del medicamento de venta libre o describa el servicio, evento o artículo.
5. **¿A QUIÉN LE PAGÓ?** Escriba el nombre de la farmacia, la tienda o la empresa a la que se pagó.
6. **CANTIDAD PAGADA:** Escriba la cantidad que pagó por el medicamento, otro artículo recetado o servicios médicos.
7. **REEMBOLSO TOTAL:** Escriba el total de todas las cantidades pagadas.
8. **FIRMA DEL BENEFICIARIO y FECHA:** Firma de la persona que aparece en la parte superior del formulario y que recibirá el reembolso. Ingrese la fecha en que se firmó el Registro de costos.
9. **CERTIFICACIÓN DE PCA/COORDINADOR DE ATENCIÓN Y FECHA: No escriba en este espacio.** (Será firmado por el personal de DSCC)

10. **APROBACIÓN Y FECHA DE RM/ARM: No escriba en este espacio.** (Para ser firmado por el administrador)

REALIZÓ LO SIGUIENTE…

- Para medicamentos prescritos, ¿incluyó el recibo original del medicamento o comprobante de la farmacia?
- Para medicamentos de venta libre, ¿incluyó un recibo detallado de caja registradora?
- Para los copagos, ¿incluyó el recibo del proveedor que demuestra que se pagó el copago?
- Para todos los demás gastos, ¿incluyó el recibo detallado que demuestra a quién y para qué realizó el pago?
- ¿Completó la parte frontal del formulario, incluyendo la firma y la fecha?

ENVÍE POR CORREO A:

Dirección en la parte frontal de este formulario.

¿NECESITA AYUDA?

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