

Solicitud de reembolso del participante

Instrucciones: 1. El participante o el tutor deben completar la información y firmar abajo.
2. Adjunte un recibo que compruebe que el costo se pagó.

N.º de ID de Medicaid: _____ Fecha de compra o
fecha de finalización del
servicio: _____

Page para
Nombre en letra de molde del participante: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Descripción de los bienes o
los servicios adquiridos: _____

Código de servicio: _____

Tipo de unidad: _____ Precio por unidad: \$ _____
(cada uno, hora, fecha, etc.)

N.º de unidades: _____ Cantidad: \$ _____

Aprobado: _____ Fecha: _____
Firma del participante o del tutor