

(Ver al dorso para texto en español)

**Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Services Program
Client Drug Co-Pay Reimbursement Request Form**

This request is for drugs bought for client (name):

From: ___/___/___ To: ___/___/___

Client case number:

9- _____ -00

Client date of birth:

___/___/___

Attach receipts. Limit 3 receipts per form.

Amount requested:

_____ . _____ Total from receipt 1
+ _____ . _____ Total from receipt 2
+ _____ . _____ Total from receipt 3

= _____ . _____ (Total amount requested)

Name of person who paid the co-pays:

Relationship to client:

Address:

City:

State:

ZIP:

Phone:

By signing below I am saying that what I put on this form is true and correct. I am saying that I paid the co-pays for drugs for the CSHCN Services Program client shown above. I am asking to be paid back for those co-pays. I cannot pay for the co-pays without the CSHCN Service Program's help.

Sign here: _____
Signature of Parent or Guardian Date

**Please use a paperclip to attach copies of receipts
and your insurance card (front and back) to this form. Do not staple.**

**Mail to:
TMHP-CSHCN
PO Box 200855
Austin, TX 78720-0855**

Form F07- Form EF-07-13429
Rev. 07-2009

For TMHP Use Only

MICR#: _____

Amount Paid: _____

Initials: _____

(See other side for English)

**Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCN)
Solicitud del cliente para el reembolso del copago de medicamentos**

Esta solicitud corresponde a medicamentos comprados para (nombre del cliente):

Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___ (Ponga el mes primero.)

Número de caso del cliente:

9- _____ -00

Fecha de nacimiento del cliente:

___/___/___

Adjunte los recibos a la solicitud. Se limita a tres recibos por solicitud.

Cantidad solicitada:

_____ . _____ Total del recibo 1
+ _____ . _____ Total del recibo 2
+ _____ . _____ Total del recibo 3

= _____ . _____ Cantidad total que solicita)

Nombre de la persona que pagó los copagos:

Parentesco al cliente:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Al firmar a continuación, declaro que lo que he puesto en esta solicitud es verdadero y correcto. Declaro que he pagado estos copagos para medicamentos para el cliente del Programa de Servicios CSHCN indicado anteriormente. Solicito que me devuelvan el dinero para esos copagos. No puedo pagar los copagos sin la ayuda del Programa de Servicios CSHCN.

Firme aquí: _____
Firma del padre o tutor

Fecha

Adjunte a esta solicitud con un sujetapapeles una copia de los recibos de los copagos y una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro. No las grape aquí.

**Envíe a:
TMHP-CSHCN
PO Box 200855
Austin, TX 78720-0855**

Solamente para el uso de TMHP

MICR#: _____

Amount Paid: _____

Initials: _____