



移植捐贈者旅行 報銷表格

我們的團隊隨時準備提供協助，讓您從移植相關費用收到適當的福利。

為能領取報銷，請提交以下文件：

- 此**移植捐贈者旅行報銷表格**，並經過清晰完整地填寫。
- 所有收據。必須清晰，並且與此表格中所述的資訊相符。
- 旅行里程記錄。僅限超過 60 英里的旅行方提供符合資格的旅行報銷。

除外費用的資訊請見此表格的第 2 頁。

移植受贈者的費用必須另以「移植受贈者旅行報銷表格」提交。

移植中心（機構名稱/城市/州）：_____

捐贈者姓名：		捐贈者電子郵件地址：		捐贈者出生日期：	隨附收據總數：	
捐贈者保戶 ID（如為 Ambetter 保戶）：		移植受贈者姓名（如果知道）：		捐贈者與受贈者關係（如果知道）：		
旅行同行者姓名：		同行者與捐贈者的關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他				
捐贈者地址：				城市，州，郵遞區號：		
旅行日期 到醫院機構的 旅行日期	旅行日期 出醫院機構的 旅行日期	交通 飛機、巴士， 已預先核准租車	住宿 受贈者和旅行同行 者最高每日 \$200	個人汽車 里程數 <small>**根據醫療旅行的 IRS 費率</small>	膳食 受贈者和旅行同行 者最高每日 \$75*	總計
例：2023 年 9 月 5 日		\$0	\$175.55	\$22.00	\$46.75	\$244.30
總計：	—					

**於 IRS 網站發佈的 IRS 的醫療旅行里程數報銷費率，網址 www.irs.gov。

*移植捐贈者如為成人，得有一位同行者；如果捐贈者未滿 18 歲，得有兩位同行者

我同意上述每趟旅行皆屬許可的旅行和里程數。我也同意無其他機構能補貼我旅行和里程數的費用。我瞭解如果隱瞞任何事實或文件記錄的事物不屬實，可能觸犯法律。如為該情形，我可能必須償還金錢，或面臨法律訴訟。

簽名：_____ 日期：_____

請注意：捐贈者或同行者必須簽名。如果您是代表年滿 18 歲的捐贈者提出理賠申請，您必須提供委託書或代理人委任書。簽名必須清晰，以判定支付資格。

僅限內部使用：

診斷編號：_____

醫療服務提供者 ID：_____



移植捐贈者旅行 報銷表格

表格說明

除非不可能及時提出申請，您必須在接受服務之日起 6 個月內提交這些文件。敬請注意，可能需要最多 60 天的時間才能收到您申請的裁定結果。

填妥表格中所有適用的部分。

- 捐贈者的全名和住家地址
- 捐贈者的旅行同行者全名
- 進行移植的服務地點
- 每筆旅行費用的日期
- 所產生每筆每日旅行開支的說明和/或費用移植服務必須經過預先授權，方能取得旅行報銷。

排除事項與細則

以下一概具體排除在報銷範圍之外。未列於下方的其他費用如未事前核准，也可能拒絕。

- 酒/菸/大麻
- 汽車、拖車、卡車租賃（除非經過 Centene Center of Excellence 預先核准）
- 車輛維護（包括：任何修理/零件、勞工、一般維護、拖車、道路救援等）
- 停車（除非經過 Centene Center of Excellence 預先核准）
- 租用儲藏單位、暫住而產生租金/抵押貸款費用
- 受贈者、捐贈者或同行者因移植需要請假未工作的工資損失
- 公共事業，例如瓦斯、水、電、家務服務、草坪維護等
- 超速或停車罰單
- 娛樂（例如電影、參觀博物館、觀光增加的里程數等）
- 寵物照料的任何相關服務、膳宿、食物和/或旅行費用
- 移植受贈者、捐贈者或各別的同行者以外他人的費用
- 移植受贈者、捐贈者或各別的同行者與親戚、朋友同住或以其他方式免費住宿時的住宿費用
- 無收據證明的任何費用
- 升級為頭等艙旅行（飛機、巴士和火車）
- 個人照護用品（例如洗髮精、除味劑、衣物）
- 行李或旅行相關物品，包括護照/護照卡、REAL ID 旅行 ID、旅行保險、旅行社費用、TSA PreCheck，和提前報到登機費、額外行李費
- 紀念品（例如 T 恤、運動衫、玩具）
- 電話/行動電話費、替換零件，或任何類型的行動電話購買
- 保單中未描述為符合資格費用的所有其他項目
- 任何車輛的燃料費/充電站費
- 任何小費、門房、行政樓層和服務費
- 美容院、理髮廳和 SPA 服務
- 保險費
- 待償付給移植外科醫師或機構或其他醫療服務提供者的分攤費用金額

關於您的福利如您有疑問，請打 Ambetter Health ID 卡（如果您是 Ambetter 保戶）上的客戶服務電話號碼，或者透過 Center of Excellence 聯絡您的移植協調員。

僅限內部使用：

診斷編號：_____

醫療服務提供者 ID：_____



移植捐贈者旅行 報銷表格

請將此表格填妥後隨附收據和里程數記錄郵寄到 Ambetter Health Plan。請將您的帳單、收據和支持文件影印供您個人留存。

AMBETTER HEALTH PLAN

Attn: Claims Department - Member Reimbursement

P.O. Box 5010

Farmington, MO 63640-5010

僅限內部使用：

診斷編號：_____

醫療服務提供者 ID：_____