





2024-2025  
Transplant DONOR Travel  
Reimbursement Form

Acepto que cada traslado que se describió anteriormente fue por viajes y millas autorizados. También acepto que ninguna otra agencia puede reembolsarme el viaje y las millas. Entiendo que si oculto datos o documento hechos que no son veraces, puedo estar haciendo algo ilegal. En ese caso, podría tener que devolver el dinero o enfrentar acciones legales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota importante:** Se requiere la firma del donante o del acompañante. Si presenta la reclamación en nombre de un donante mayor de 18 años, debe entregar un poder notarial o designación de representante. La firma se debe poder leer con claridad para determinar la elegibilidad para recibir el pago.

### Instrucciones de entrega del formulario

Debe presentar estos documentos dentro de los 6 meses posteriores a la fecha en que se recibieron los servicios, a menos que se haya impedido la presentación a tiempo. Tenga en cuenta que la recepción de una determinación de su solicitud puede demorar hasta 60 días.

Complete todas las secciones del formulario que correspondan.

- El nombre completo y domicilio del donante.
- El nombre completo de los acompañantes del donante en el viaje.
- El lugar donde se realizó el trasplante.
- La fecha de cada gasto de viaje.
- La descripción o cargo para cada gasto de viaje diario efectuado.

Los servicios de trasplante deben tener autorización previa para recibir el reembolso de los gastos de viaje.

### Exclusiones y especificaciones

Quedan específicamente excluidos del reembolso, bajo cualquier circunstancia, los siguientes gastos. Es posible que se rechacen otros gastos que no se enumeran a continuación si no cuentan con aprobación previa.

- a. Alcohol, tabaco, cannabis.
- b. Alquiler de automóviles, remolques y camionetas (a menos que estén aprobados previamente por el Centro de Excelencia de Centene).
- c. Mantenimiento de vehículos (se incluyen reparaciones o piezas, mano de obra, mantenimiento general, remolque, asistencia en carretera, etc.).
- d. Estacionamiento (a menos que esté aprobado previamente por el Centro de Excelencia de Centene).
- e. Unidades de alquiler para almacenamiento, viviendas temporales por las cuales se paga un alquiler o hipoteca.
- f. Salarios no percibidos por ausencia laboral del receptor, el donante o los acompañantes debido al trasplante.
- g. Servicios, como gas, agua, electricidad, servicios de limpieza, mantenimiento de césped, etc.
- h. Multas por exceso de velocidad o mal estacionamiento.
- i. Entretenimiento (p. ej., cine, visitas a museos, millas adicionales para hacer turismo, etc.).
- j. Cualquier servicio relacionado con el cuidado de mascotas, manutención, alojamiento, comidas o gastos de viaje.
- k. Gastos de personas que no sean el receptor del trasplante, el donante o alguno de sus respectivos acompañantes
- l. Gastos de alojamiento para que el receptor del trasplante, el donante o sus respectivos acompañantes se alojen con un familiar, amigo o en un alojamiento gratuito de algún tipo.
- m. Cualquier gasto sin recibo.
- n. Cambios en viajes a primera clase (avión, autobús y tren).
- o. Artículos de cuidado personal (p. ej., champú, desodorante, ropa).

For internal use only:

Diagnosis Number: \_\_\_\_\_

Provider ID: \_\_\_\_\_



**2024-2025  
Transplant DONOR Travel  
Reimbursement Form**

- p. Equipaje o artículos relacionados con viajes, incluidos pasaporte o pasaporte tipo tarjeta, ID de viaje REAL ID, seguro de viaje, tarifas de agencia de viajes, programa TSA precheck y tarifas de embarque por registro anticipado de pasajeros, tarifas por equipaje adicional.
- q. Recuerdos (p. ej., camisetas, sudaderas, juguetes).
- r. Llamadas telefónicas o facturas de telefonía móvil, repuestos o compras de celulares de cualquier tipo.
- s. Todos los demás puntos no descritos en la póliza como gastos elegibles.
- t. Costos de combustible o tarifas de estación de carga para cualquier vehículo.
- u. Propinas, gastos de conserjería, pisos ejecutivos y propinas.
- v. Servicios de peluquería, barbería y spa.
- w. Primas de seguros.
- x. Montos de costos compartidos adeudados al cirujano o centro de trasplante u otro proveedor.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al número de teléfono de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de ID de Ambetter Health (si es miembro de Ambetter) o a su coordinador de trasplante a través del Centro de Excelencia.

Envíe este formulario completo al plan de Ambetter Health por correo **CON LOS RECIBOS Y EL REGISTRO DE MILLAS** adjuntos. Guarde fotocopias de las facturas, recibos y la documentación de respaldo para sus registros.

**AMBETTER HEALTH PLAN**

Attn: Claims Department - Member Reimbursement

P. O. Box 5010

Farmington, MO 63640-5010

***For internal use only:***

Diagnosis Number: \_\_\_\_\_

Provider ID: \_\_\_\_\_



## Registro de millas