



2024-2025
Transplant DONOR Travel
Reimbursement Form

Nuestro equipo está listo para ayudarle a recibir los beneficios correspondientes a los gastos relacionados con su trasplante.

Para recibir el reembolso, presente la siguiente documentación:

- Este **Formulario de reembolso de gastos de viaje al DONANTE en un trasplante**, completado de manera legible y en su totalidad.
- Todos los recibos deben estar detallados. Deben ser legibles y coincidir con la información proporcionada en este formulario.
- El reembolso de gastos de viaje elegibles se realiza solo cuando se superan las 60 millas desde la residencia hasta el Centro de Excelencia:
- Un registro de millas recorridas.

Consulte la página 2 de este formulario para conocer los gastos que no están incluidos.

Los gastos del receptor del trasplante deben presentarse por separado en el Formulario de reembolso de gastos de viaje al RECEPTOR del trasplante.

Centro de trasplantes (nombre del centro/ciudad/estado): _____

Nombre del donante:	Dirección de correo electrónico del donante:	Fecha de nacimiento del donante:	Cantidad total de recibos incluidos:
Identificación (ID) del miembro donante (si es miembro de Ambetter):	Nombre del beneficiario del trasplante (si se conoce):	Relación del donante con el beneficiario (si se conoce):	
Nombre de los acompañantes en el viaje:	Relación de los acompañantes con el donante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	Fecha del trasplante:	
Dirección del donante:		Ciudad, estado, código postal:	

Límite máximo de incrementos de 30 días por formulario.

Fechas de viaje <i>Fechas de viaje AL centro u hospital</i>	Fechas de viaje <i>Fechas de viaje DESDE el centro u hospital</i>	Transporte <i>Avión, autobús, vehículo de alquiler preaprobado</i>	Alojamiento <i>Hasta \$200 por día para el beneficiario y para los acompañantes en el viaje</i>	Vehículo personal Millas <i>** Según la tarifa del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para viajes por cuestiones médicas</i>	Comidas <i>Hasta \$75 por día para el receptor y para los acompañantes en el viaje*</i>	Total
Ej.: 8/01/2024		\$0	\$175.50	\$22.00	\$65.25	\$262.75
Totales:						

** La tasa de reembolso de millas del IRS para viajes por cuestiones médicas se publica en el sitio web del IRS: www.irs.gov.

*A los donantes de trasplantes se les permite un acompañante si el donante es mayor de edad, o dos acompañantes si es menor de 18 años.

For internal use only:

Diagnosis Number: _____

Provider ID: _____



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.

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

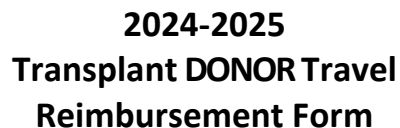
P. O. Box 5010

Farmington, MO 63640-5010

For internal use only:

Diagnosis Number: _____

Provider ID: _____

[illegible]

Diagnosis Number: _____

Provider ID: _____