



Formulario de reembolso de gastos de viaje al RECEPTOR del trasplante

Entendemos que este es un momento difícil para usted y su familia. Nuestro equipo está listo para ayudarle a recibir los beneficios correspondientes a los gastos relacionados con su trasplante.

Para recibir el reembolso de acuerdo a sus beneficios, tenga a bien presentar la siguiente documentación:

- Este **Formulario de reembolso de gastos de viaje al RECEPTOR de un trasplante**, completado de manera legible y en su totalidad.
- Todos los recibos. Deben ser legibles y coincidir con la información proporcionada en este formulario.
- Un registro de millas recorridas. El reembolso de gastos de viaje elegibles se realiza solo aquellos que superen más de 60 millas.

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

Los gastos del donante deben presentarse por separado utilizando el Formulario de reembolso de gastos de viaje al DONANTE en un trasplante.

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

Nombre del suscriptor:	N.º de identificación (ID) del miembro de trasplante:	Fecha de nacimiento del miembro de trasplante:
Nombre del receptor del trasplante:	Relación del receptor con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Otro	Dirección de correo electrónico del receptor del trasplante:
Nombre de los acompañantes en el viaje:	Relación de los acompañantes con el receptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	Cantidad total de recibos incluidos:
Dirección del miembro:		Ciudad, estado, código postal:
Nombre del donante (si se conoce):		

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 receptor y para los acompañantes en el viaje.</i>	Millas de vehículo personal <i>** Según la tarifa del 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
<i>Ej.: 9/5/2023</i>		\$0	\$175.55	\$22.00	\$46.75	\$244.30
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 receptores de trasplantes se les permite un acompañante si el receptor es mayor de edad, o dos acompañantes si el receptor es menor de 18 años.

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 documenté hechos que no son veraces, puedo estar haciendo algo ilegal. En ese caso, podría perder mis beneficios y tendría que devolver el dinero o enfrentar acciones legales.

Firma: _____ Fecha: _____

Nota importante: Se requiere la firma del donante o del acompañante, o si presenta la reclamación en nombre de un miembro mayor de 18 años, debe entregar un poder notarial o designación de representante. La firma debe ser legible para determinar la elegibilidad para el pago.

Solo para uso interno: N.º de diagnóstico: _____ ID del proveedor: _____



Formulario de reembolso de gastos de viaje al RECEPTOR del trasplante

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 del receptor del trasplante.
- El ID de miembro y la dirección particular.
- El nombre completo de los acompañantes en el viaje del miembro.
- 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, 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 alojen 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).
- 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.
- Recuerdos (p. ej., camisetas, sudaderas, juguetes).
- Llamadas telefónicas o facturas de telefonía móvil, repuestos o compras de celulares de cualquier tipo.
- Todos los demás puntos no descritos en la póliza como gastos elegibles.
- Costos de combustible o tarifas de estación de carga para cualquier vehículo.
- Propinas, gastos de conserjería, pisos ejecutivos y gratificaciones.
- Servicios de peluquería, barbería y spa.
- Primas de seguros.
- Montos de costos compartidos adeudados al cirujano o centro de trasplante u otro proveedor.

Solo para uso interno: N.º de diagnóstico: _____ ID del proveedor: _____



Formulario de reembolso de gastos de viaje al RECEPTOR del trasplante

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 o a su coordinador de trasplantes a través del Centro de Excelencia. Envíe el 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

Solo para uso interno: N.º de diagnóstico: _____ ID del proveedor: _____