



2024-2025
移植捐献者差旅费
报销单

我们的团队随时准备为您提供帮助，使您获得与移植相关费用的适当福利。

为获得报销，请提交以下文件：

- 请字迹清晰并完整填写本**移植捐献者差旅费报销单**。
- 所有收据均须明细列出。这些收据必须清晰可辨，并与本表中提供的信息相符。
- 符合条件的差旅费报销仅适用于从住处到卓越中心 50 英里以上的旅行：
- 行驶里程日志。

请参阅本表第 2 页，了解不包括的费用。

移植受捐者的费用必须使用“移植受捐者差旅费报销单”单独提交。

移植中心（机构名称/城市/州）：

捐献者姓名:	捐献者电子邮件地址:	捐献者出生日期:	所含收据总数:
捐献者会员 ID (如果是 Ambetter 会员) :	移植受捐者姓名 (如果知道) :	捐献者与受捐者的关系 (如果知道) :	
旅行陪护者姓名:	陪护者与捐献者的关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他	捐献日期:	
捐献者地址:		城市, 州, 邮政编码:	

每张表格最多 30 天。

旅行日期 前往医院机构的 旅行日期	旅行日期 离开医院机构的 旅行日期	交通工具 飞机, 汽车, 预先批准的租车	住宿 受捐者和旅行陪护 者每天最多 \$200	私家车里程数 †† 根据 IRS 的医疗 差旅费率	膳食 受捐者和旅行陪护 者每天最多 \$75*	总计
例如: 8/01/2024		\$0	\$175.50	\$22.00	\$65.25	\$262.75
总计:	—					

††IRS 医疗旅行里程数报销标准公布在美国国税局网站上，网址为 www.irs.gov。

*如果移植捐献者是成年人，允许有一名陪护者；如果捐献者未满 18 岁，允许有两名陪护者。

本人同意上述每次旅行均为允许的行程和里程数。本人还同意，没有其他机构可以报销我的行程和里程数。本人明白，如果我隐瞒任何事实或记录不真实的事情，我的行为可能会触犯法律。在这种情况下，我可能要归还钱财或面临法律诉讼。

签名: _____ 日期: _____

1

仅供内部使用

诊断编号: _____

医疗服务提供者 ID: _____



**2024-2025
移植捐献者差旅费
报销单**

请注意： 捐献者或陪护者必须签名。如果您代表年满 18 周岁的捐献者提交申请，则必须提供授权书或代表委任书。签名必须清晰可辨，以确定付款资格。

表格说明

您必须在收到服务之日起 6 个月内提交这些文件，除非无法及时提交。请注意，可能需要长达 60 天的时间才能收到对您请求的决定。

填写表格上所有适用的部分。

- 捐献者的全名和家庭地址
- 旅行陪护者的全名
- 进行移植的服务地点
- 每笔差旅费的日期
- 每日所产生差旅费的描述和/或费用

必须预先授权移植服务才能获得差旅报销。

不适用情况和规定

以下情况在任何情况下均明确规定不予报销。在以下未列出的其他费用如果没有预先批准，也可能被拒绝支付。

- a. 酒/烟草/大麻
- b. 汽车、拖车、卡车租赁（除非事先获得 Centene 卓越中心批准）
- c. 车辆保养（包括：任何维修/零件、人工、一般保养、拖车、道路救援等）
- d. 停车（除非事先获得 Centene 卓越中心批准）
- e. 需要支付租金/抵押贷款的储藏室出租单元、临时住房
- f. 受捐者、捐献者或陪护者因移植手术请假造成的工资损失
- g. 公用事业费，如煤气、水、电、家政服务、草坪维护等。
- h. 超速罚单或停车罚单
- i. 娱乐（如看电影、参观博物馆、因观光而发生的额外里程数等）
- j. 与宠物护理、寄宿、食宿和/或旅行费用相关的任何服务
- k. 除移植受捐者、捐献者或其各自的陪护者以外的其他人员的费用
- l. 移植受捐者、捐献者或他们各自的陪护者住在亲戚、朋友家或以其他方式免费住宿的住宿费用
- m. 无收据证明的任何费用
- n. 升级至头等舱的旅行（飞机、汽车和火车）
- o. 个人护理用品（如洗发水、除臭剂、衣服等）
- p. 行李或旅行相关物品，包括护照/护照卡、REAL ID 旅行证件、旅行保险、旅行社费用、TSA 预检和提前登机费、额外行李费
- q. 纪念品（如 T 恤衫、运动衫、玩具等）
- r. 电话/手机账单、更换部件或购买任何类型的手机
- s. 保单中未描述为合格费用的所有其他物品
- t. 任何车辆的燃料费/充电站费用
- u. 任何小费、礼宾服务费、俱乐部楼层服务费和礼金
- v. 美发、理发和水疗服务
- w. 保险保费
- x. 欠移植外科医生、移植机构或其他医疗服务提供者的成本分摊金额

仅供内部使用

诊断编号：_____

医疗服务提供者 ID: _____



2024-2025
移植捐献者差旅费
报销单

如果您对自己的福利有任何疑问, 请拨打您的 Ambetter Health ID 卡 (如果您是 Ambetter 会员) 上所列的客户服务部电话, 或通过卓越中心致电您的移植协调员。

将填好的表格邮寄给 Ambetter Health 计划, 并附上收据和里程日志。请保留账单、收据和证明文件的影印件, 作为个人记录。

AMBETTER HEALTH PLAN

Attn: Claims Department - Member Reimbursement
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010

仅供内部使用

诊断编号: _____

医疗服务提供者 ID: _____



**2024-2025
移植捐献者差旅费
报销单**

里程数日志

仅供内部使用

诊断编号:

医疗服务提供者 ID: