



2024-2025 移植捐贈者行程 費用補償申請表

我們的團隊隨時準備好提供協助，讓您能夠就移植相關費用獲得適當的福利。

若要獲得補償，請提交下列文件：

- 此**移植捐贈者行程費用補償申請表**，需清楚填寫且填寫完整。
- 所有收據皆必須列有明細。這些文件必須清晰可讀，並與本表格中所提供的資訊相符。
- 合格的行程費用補償僅提供給從住所至卓越中心超過 50 英里的行程：
- 行程里程記錄。

請參閱本表格的第 2 頁以瞭解除外費用。

移植受贈者的費用必須使用「移植受贈者行程費用補償申請表」另外提出申請。

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：	隨附收據總張數：
捐贈者保戶 ID（如為 Ambetter 保戶）：	移植受贈者姓名（如果知道）：	捐贈者與受贈者的關係（如果知道）：	
行程同行者姓名：	同行者與捐贈者的關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他	移植日期：	
捐贈者地址：		城市、州、郵遞區號：	

每份表格最多可用於申請 30 天的補償。

行程日期 前往醫院機構的 行程日期	行程日期 從醫院機構返家的 行程日期	交通工具 飛機、巴士、 獲得預先核准的 租用手	住宿 受贈者和行程同行 者每天最多 \$200	私家車里程數 **根據國稅局 (IRS) 的醫療行程費率	膳食 受贈者和行程同行 者每天最多 \$75*	總計
範例：8/01/2024		\$0	\$175.50	\$22.00	\$65.25	\$262.75
總計：	—					

**IRS 的醫療行程里程數補償費率公布於 IRS 網站 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

本人同意上述每趟行程皆屬於許可的行程和里程數。本人也同意沒有其他機構能為我提供行程和里程數的費用補償。本人瞭解，如果本人隱瞞任何事實或文件記錄不屬實，本人可能會觸犯法律。如發生該情況，本人可能必須償還費用或面臨法律訴訟。

簽名：_____日期：_____

僅供內部使用

診斷編號：_____醫療服務提供者 ID：_____



2024-2025 移植捐贈者行程 費用補償申請表

請注意：捐贈者或同行者必須簽名。如果您是代表超過 18 歲的捐贈者提出理賠申請，您必須提供委託書或代表委任書。簽名必須清晰才能裁定付款資格。

表格說明

除非無法及時提出申請，否則您必須在接受服務之日起的 6 個月內提交這些文件。請注意，可能最多需要 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
- 與捐贈者同行者的全名
- 進行移植的服務地點
- 每筆行程費用的日期
- 每日產生之行程費用的說明和／或收費

移植服務必須獲得預先授權，才能獲得行程費用補償。

排除事項與細則

不論任何情況，以下一概具體排除在補償範圍之外。未列於下方的其他費用如未獲得預先核准，也可能會遭到拒絕。

- 酒精飲料／菸草／大麻
- 汽車、拖車、卡車租賃（除非經過Centene卓越中心預先核准）
- 車輛維修（包括：任何修理／零件、工錢、一般維修、拖車、道路救援等）
- 停車（除非經過Centene卓越中心預先核准）
- 租用儲藏單位、因臨時住房而產生的租金／貸款費用
- 受贈者、捐贈者或同行者因移植需要請假而損失的工資
- 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）
- 與寵物照料、膳宿、食物和／或行程費用有關的任何服務
- 移植受贈者、捐贈者或其各自同行者以外之其他人的費用
- 移植受贈者、捐贈者或其各自同行者住在親戚、朋友家或以其他方式獲得免費住宿時的住宿費用
- 無收據證明的任何費用
- 升級為頭等艙行程（飛機、巴士和火車）
- 個人照護用品（例如：洗髮精、除臭劑、衣物）
- 行李或旅行相關項目，包括護照／護照卡、REAL ID旅行ID、旅行保險、旅行社費用、美國運輸安全管理局 (TSA) 快速通關以及提前報到登機費、額外行李費
- 紀念品（例如：T恤、運動衫、玩具）
- 電話通話／手機帳單、替換零件或購買任何類型的手機
- 根據保單所述不屬於最高允許金額的所有其他項目
- 任何車輛的燃料費／充電站費用
- 任何小費、門房、貴賓樓層和服務小費
- 美容院、理髮廳和美容美體服務

僅供內部使用

診斷編號：_____

醫療服務提供者 ID：_____



**2024-2025
移植捐贈者行程
費用補償申請表**

- w. 保險保費
- x. 應支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額

如果您對您的福利有疑問，請致電 Ambetter Health ID 卡（如果您是 Ambetter 保戶）上所列的客戶服務電話號碼，或者透過卓越中心聯絡您的移植協調員。

請將此填妥的表格隨收據和里程數記錄郵寄至 Ambetter Health 計畫。請將您的帳單、收據和佐證文件影印供您個人留存。

AMBETTER HEALTH PLAN

Attn: Claims Department - Member Reimbursement

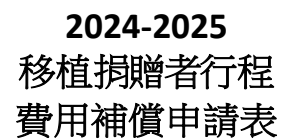
P.O. Box 5010

Farmington, MO 63640-5010

僅供內部使用

診斷編號： _____

醫療服務提供者 ID： _____

[illegible]