Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el DONANTE de Un Trasplante

Nuestro equipo está dispuesto a ayudarle a fin de que reciba los beneficios adecuados para sus gastos relacionados con el trasplante.

Para recibir el reembolso, envíe la siguiente documentación:

- Este **Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el DONANTE de Un Trasplante**, completado de forma legible y en su totalidad.
- Todos los recibos. Estos deben ser legibles y coincidir con la información proporcionada en el presente formulario.
- Un registro de las millas recorridas. El reembolso de gastos relacionados con el viaje se proporciona solo para viajes de más de 60* millas.

*Este requisito de millaje mínimo varía según el estado. Consulte con el coordinador de trasplantes para confirmar su requisito de millaje mínimo.

Consulte la página 2 de este formulario para ver los gastos excluidos.

Los gastos incurridos por el receptor deben enviarse por separado mediante el Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el RECEPTOR de Un Trasplante.

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

Nombre del donante:	**Dirección de correo electrónico del donante:**	**Fecha de nacimiento del donante:**	**Número total de recibos incluidos:**
Nombre del acompañante/cuidador†:	**Relación del acompañante/cuidador† con el donante:** ☐ **Cónyuge** ☐ **Otra**	**Relación del donante con el receptor (si se conoce):**	
Dirección del donante:		**Ciudad, estado, código postal:**	
Nombre del receptor y fecha de nacimiento:			

†El acompañante/cuidador de viaje se limita a un progenitor, cónyuge, hijo, hermano o cualquier persona que resida con el donante del trasplante.

Fechas de viaje *Fechas de viaje **HACIA** las instalaciones del hospital*	**Fechas de viaje** *Fechas de viaje **DESDE** las instalaciones del hospital*	**Transporte** *Aéreo, en autobús, alquiler de auto preaprobado*	**Alojamiento** *Hasta $200 por día para el receptor y para un acompañante o familiar directo que viaje*	**Millaje de vehículo personal** *††Basado en la tasa del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para viajes médicos*	**Comidas** *Hasta $75 por día para el receptor y para un acompañante o familiar directo que viaje*	**Total**
P. ej.: 5/26/2022		*$0*	*$210.55*	*$22.00*	*$82.25*	*$314.80*
Totales:	___					

††La tasa de reembolso de millas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) para viajes médicos se publica en el sitio web del IRS, www.irs.gov.

Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el DONANTE de Un Trasplante

Declaro que cada uno de los viajes indicados anteriormente corresponden a gastos permitidos de viaje y millaje. También declaro que ninguna otra agencia puede reembolsarme los gastos del viaje y el millaje. Entiendo que, si me reservo cualquier hecho o documento información falsa, puedo estar haciendo algo que va en contra de la ley. En ese caso, podría tener que devolver el dinero o enfrentarme a acciones legales.

Firma:_____**Fecha:** _____

Tenga en cuenta lo siguiente: *Se requiere la firma del donante o del acompañante. Si presenta la reclamación en nombre de un donante mayor de 18 años, deberá proporcionar un poder notarial o una designación de representante. La firma debe ser legible a fin de determinar la elegibilidad para el pago.*

Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el DONANTE de Un Trasplante

Solo para uso interno:

Número de diagnóstico: _____ ID del proveedor: _____

Instrucciones del Formulario

Debe presentar estos documentos en un plazo de 6 meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios, a menos que se impida la presentación oportuna. Tenga en cuenta que puede demorar hasta 60 días en recibir una determinación de su solicitud.

Complete todas las secciones correspondientes del formulario.

- El nombre completo y el domicilio del donante
- El nombre completo del acompañante de viaje del donante
- El lugar de servicio donde se realizó el trasplante
- La fecha de cada gasto incurrido durante el viaje
- La descripción o el cargo de cada gasto de viaje diario incurrido

Los servicios de trasplante deben estar preautorizados para recibir el reembolso de los gastos por viaje.

Exclusiones y Especificaciones

Quedan específicamente excluidos del reembolso, bajo cualquier circunstancia, los gastos que se detallan a continuación. Otros gastos que no se detallen también pueden ser rechazados si no están aprobados previamente.

a. Bebidas alcohólicas o tabaco
b. Alquiler de automóviles (a menos que el Centro de Excelencia lo apruebe previamente)
c. Mantenimiento de vehículos para vehículos motorizados e híbridos, y eléctricos (incluye: reparaciones/piezas, mano de obra, mantenimiento general, remolque, asistencia en carretera, etc.)
d. Estacionamiento, como, entre otros, el estacionamiento del hotel, el servicio de valet o cualquier otro estacionamiento fuera del hotel que no sea en el hospital
e. Alquiler de unidades de almacenamiento y viviendas temporales que incurren en pagos de alquiler o hipoteca
f. Servicios públicos, como gas, agua, electricidad, servicios de limpieza, mantenimiento del césped, etc.
g. Multas por exceso de velocidad
h. Entretenimiento (p. ej., cine, visitas a museos, millaje adicional para visitas turísticas, etc.)
i. Cualquier servicio relacionado con el cuidado, el alojamiento, la comida o los gastos de viaje de mascotas, salvo los relacionados con animales de servicio certificados o registrados
j. Gastos de personas que no sean el paciente y su acompañante cubierto
k. Gastos de alojamiento cuando el miembro se aloja con un familiar
l. Cualquier gasto no respaldado por un recibo
m. Ascensos a primera clase (avión, autobús y tren)
n. Artículos de cuidado personal (p. ej., champú, desodorante, ropa)
o. Equipaje o artículos relacionados con el viaje, incluidos pasaporte/tarjeta de pasaporte, identificación de viaje REAL ID, seguro de viaje, tarifas de agencias de viajes, TSA PreCheck y tarifas de embarque de registro anticipado o tarifas de equipaje adicional
p. Suvenires (p. ej., camisetas, sudaderas, juguetes)
q. Llamadas telefónicas o facturas de teléfonos móviles, piezas de repuesto o compras de celulares móviles de cualquier tipo
r. Todos los demás artículos no descritos en la póliza como gastos elegibles
s. Los gastos de combustible o las tarifas de las estaciones de recarga de cualquier vehículo
t. Las propinas, los servicios en pisos ejecutivos y las gratificaciones
u. Servicio de peluquería, barbería y spa

Formulario de Reembolso de Gastos Relacionados con el Viaje para el DONANTE de Un Trasplante

Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios, llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter from Peach State Health Plan (si es miembro de Ambetter) o al coordinador de trasplantes a través del Centro de Excelencia.

Envíe este formulario completado a Ambetter from Peach State Health Plan por correo **CON LOS RECIBOS** y el **REGISTRO DE MILLAJE** adjuntos. Conserve fotocopias de las facturas, los recibos y los documentos de respaldo para sus registros personales.

Ambetter from Peach State Health Plan, Attn: Claims Department - Member Reimbursement
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010