



Formulario de Reembolso de Gastos de Viaje del RECEPTOR del Trasplante

Entendemos que es un momento difícil para usted y su familia. Nuestro equipo está preparado para ayudarle a que reciba los beneficios apropiados para sus gastos relacionados con el trasplante.

Para recibir el reembolso de acuerdo con sus beneficios, presente la siguiente documentación:

- Este **Formulario de Reembolso de Gastos de Viaje del RECEPTOR del Trasplante**, relleno completamente y de forma legible.
- Todos los recibos. Deben ser legibles y coincidir con la información proporcionada en este formulario.
- Un registro de millas recorridas. El reembolso de viaje elegible se proporciona sólo para gastos de viaje de más de 75* millas.

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

Vea la página 2 de este formulario para los gastos excluidos.

Los gastos del donante deben presentarse por separado utilizando el Formulario de Reembolso de Gastos de Viaje del DONANTE del Trasplante.

Centro de trasplantes (Nombre del Centro/Ciudad/Estado): _____

Nombre del afiliado:	Núm. de identificación del afiliado:	Fecha de nacimiento del afiliado:
Nombre del receptor del trasplante	Relación del receptor con el afiliado: <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Otra	Dirección electrónica del receptor del trasplante:
Nombre del acompañante de viaje/cuidador[†]:	Relación del acompañante /cuidador[†] con el receptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra	Cantidad total de recibos incluidos:
Dirección del afiliado:		Ciudad, estado, código postal:
Nombre del donante (si se conoce):		[†] El acompañante de viaje/cuidador se limita a un padre, cónyuge, hijo, hermano o cualquier persona que resida con el receptor del trasplante.

Fecha(s) de viaje <i>fecha(s) de viaje AL hospital</i>	Fecha(s) de viaje <i>fecha(s) de viaje DESDE el hospital</i>	Transporte <i>aéreo, autobús, auto de alquiler preaprobado</i>	Alojamiento <i>hasta \$200 por día para el receptor y para un acompañante de viaje/familiar inmediato</i>	Millaje del auto personal <i>**basado en la tarifa del IRS para los viajes por motivos médicos</i>	Comidas <i>hasta \$75 por día para el receptor y para un acompañante de viaje/familiar inmediato</i>	Total
<i>Ej.: 8/24/2019</i>		\$0	\$210.55	\$22.00	\$82.25	\$314.80
Totales:	—					

**La tarifa de reembolso de millas del IRS para viajes médicos está publicada en la página web del IRS en www.irs.gov.

Acepto que cada viaje mostrado arriba fue por el viaje y el millaje que está permitido. También acepto que ninguna otra agencia puede pagarme por el viaje y millaje. Entiendo que si oculto algún hecho o documento que no sea verdadero, 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:** _____

Nota: Se requiere la firma del afiliado o su acompañante; o si presenta el reclamo en nombre de un afiliado mayor de 18 años, debe presentar una carta poder o un nombramiento del representante. La firma debe ser legible para determinar la elegibilidad de pago.

Sólo para uso interno: Número del diagnóstico: _____ Identificación del proveedor: _____



Formulario de Reembolso de Gastos de Viaje del RECEPTOR del Trasplante

Instrucciones del formulario

Usted debe presentar estos documentos en un plazo de 6 meses a partir de la fecha en que se recibieron los servicios, a menos que su presentación en el tiempo acordado haya sido impedida. Recuerde que puede tardar hasta 60 días en recibir una determinación sobre su solicitud.

Complete todas las secciones que correspondan en el formulario.

- El nombre completo del receptor del trasplante
- La identificación del afiliado y la dirección del domicilio
- El nombre completo del acompañante de viaje del afiliado
- El lugar de servicio donde se realizó el trasplante
- La fecha de cada gasto de viaje
- La descripción y/o el cargo por cada gasto de viaje diario realizado

Para recibir el reembolso de los gastos de viaje, los servicios de trasplante deben estar preautorizados.

Exclusiones y especificaciones

Los siguientes casos están específicamente excluidos del reembolso en cualquier circunstancia. Otros gastos no enumerados más abajo también pueden ser denegados si no están preaprobados.

- Alcohol/tabaco
- Alquiler de vehículos (a menos que esté preaprobado por el Centro de Excelencia)
- Mantenimiento de vehículos motorizados, híbridos y eléctricos (incluye: cualquier reparación o repuesto, mano de obra, mantenimiento general, remolque, asistencia en carretera, etc.)
- Estacionamiento, como por ejemplo, pero no limitado a hoteles, valet o cualquier otro estacionamiento fuera del hospital
- Unidades de alquiler de almacenamiento, viviendas temporales que incurren en pagos de alquiler/hipoteca
- Servicios públicos, como gas, agua, electricidad, servicios de limpieza, mantenimiento del césped, etc.
- Multas por exceso de velocidad
- Entretenimiento (por ejemplo, películas, visitas a museos, millaje adicional para hacer visitas turísticas, etc.)
- Para cualquier servicio relacionado con el cuidado de mascotas, alojamiento, comida y/o gastos de viaje; excepto los relacionados con animales de servicio certificados/registrados
- Gastos de las personas que no sean el paciente y su acompañante cubierto
- Gastos de alojamiento cuando el afiliado se aloja con un pariente
- Cualquier gasto que no esté respaldado por un recibo
- Ascenso a primera clase en los viajes (aéreo, autobús y tren)
- Artículos de cuidado personal (por ejemplo, champú, desodorante, ropa)
- Equipaje o artículos relacionados con el viaje incluyendo pasaporte/tarjeta de pasaporte, identificaciones de viaje REAL ID, seguro de viaje, honorarios de la agencia de viajes, prechequeo de la TSA, y tarifas de embarque para el registro anticipado, tarifas de equipaje extra.
- Recuerdo/souvenirs (por ejemplo, camisetas, sudaderas, juguetes)
- Llamadas telefónicas/facturas de móviles, piezas de repuesto o compras de teléfonos celulares de cualquier tipo
- Todos los demás artículos no descritos en la póliza como gastos elegibles
- Cualquier costo de combustible/cuotas de la estación de carga eléctrica para cualquier vehículo
- Cualquier propina, conserje, pisos a nivel de club, y gratificaciones
- Servicio de salón, peluquería y spa

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al número de teléfono de Servicios para Afiliados que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter de Superior HealthPlan o a su coordinador de trasplantes a través del Centro de Excelencia. Envíe este formulario completo a Ambetter de Superior HealthPlan por correo con **LOS RECIBOS y el REGISTRO DE MILLAJE adjuntos**. Conserve fotocopias de sus facturas, recibos y documentos de apoyo para sus archivos personales.

AMBETTER DE SUPERIOR HEALTHPLAN, Attn: Departamento de Reclamos - Reembolso a los afiliados
(Claims Department - Member Reimbursement)
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010