



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：

- 本**移植捐献者差旅费报销单**，请字迹清晰并完整填写。
- 所有收据。这些收据必须清晰可辨，并与本表中提供的信息相符。
- 行驶里程日志。符合条件的差旅费报销仅适用于 60 英里以上的旅行。

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				
捐献者地址：				城市，州，邮政编码：		
旅行日期 前往医院设施的 旅行日期	旅行日期 离开医院设施的 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 **根据美国国税局 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：9/5/2023		\$0	\$175.55	\$22.00	\$46.75	\$244.30
总计：	—					

**美国国税局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： _____

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托书。签名必须清晰可辨，以确定付款资格。

仅供内部使用：

诊断编号： _____

医疗服务提供者 ID： _____



移植捐献者差旅费 报销单

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
- 由移植服务而发生的每笔日常差旅费的描述和/或收费

必须预先获得批准，才能获得差旅费报销。

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。

- 酒/烟草/大麻
- 汽车、拖车、卡车租赁（除非事先获得 Centene Center Excellence 批准）
- 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）
- 停车（除非事先获得 Centene Center Excellence 批准）
- 需要支付租金/抵押贷款的储藏室出租单元、临时住房
- 受捐者、捐献者或陪护者因移植手术请假造成的工资损失
- 公用事业费，如煤气、水、电、家政服务、草坪维护等。
- 超速罚单或停车罚单
- 娱乐（如看电影、参观博物馆、因观光而发生的额外里程数等）
- 与宠物护理、寄宿、食宿和/或旅行费用相关的任何服务
- 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
- 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
- 无收据证明的任何费用
- 升级至头等舱的旅行（飞机、汽车和火车）
- 个人护理用品（如洗发水、除臭剂、衣服等）
- 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
- 纪念品（如 T 恤衫、运动衫、玩具等）
- 电话/手机账单、更换部件或购买任何类型的手机
- 保单中未描述为合格费用的所有其他物品
- 任何车辆的燃料费/充电站费用
- 任何小费、礼宾服务费、俱乐部楼层服务费和礼金
- 美发、理发和水疗服务
- 保险保费
- 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

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。

仅供内部使用：

诊断编号： _____

医疗服务提供者 ID： _____



移植捐献者差旅费 报销单

将填好的表格邮寄给 Ambetter Health Plan，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： _____