



Formulario de reembolso de viáticos relacionados con los servicios de trasplante

Comprendemos que, para usted y su familia, estos son momentos difíciles. Nuestro equipo está listo para ayudar a guiarle a fin de que pueda obtener el beneficio apropiado por sus gastos relacionados con el trasplante.

A fin de que podamos reembolsarle la cantidad correspondiente a su beneficio, necesitamos que llene este formulario que documenta los gastos de viaje relacionados con los servicios de trasplante. Para esto, deben incluirse recibos legibles de todos los gastos relacionados con los viáticos. La información sobre los gastos del receptor/acompañante y del donante debe proporcionarse por separado.

Por favor marque uno: Receptor del trasplante/Acompañante Donante para el trasplante

Centro de trasplante (Nombre del centro/Ciudad/Estado): _____

Nombre del suscriptor:	Núm. de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento del miembro: / /	Nombre del receptor del trasplante:	Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Otra
Dirección de correo electrónico del receptor:	Nombre del acompañante/cuidador:	Relación con el receptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra	Nombre del donante:	Relación con el receptor: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro
Cantidad total de recibos incluidos:		Suscriptor/Donante Dirección: Ciudad, Estado, Código postal:		

Fecha(s) de viaje: <i>Nota:</i> <i>fechas de viaje a las instalaciones hospitalarias</i>	Fecha(s) de viaje: <i>Nota:</i> <i>fechas de viaje de las instalaciones hospitalarias</i>	Transporte (\$9975): <i>aéreo, en autobús, carro rentado, estacionamiento</i>	Alojamiento (\$9975):	Millaje de vehículo personal (\$9975): <i>0.235 por milla en 2014/0.23 por milla en 2015</i>	Total
<i>Ej.:</i> 8/24/2014	8/25/2014	\$0	\$69.55	\$23.50	\$93.05
Totales:					

Notas: _____
Convengo en que todo viático indicado arriba corresponde a viajes y millaje permitidos. También convengo en que ninguna otra entidad puede reembolsarme los costos de viaje y millaje. Entiendo que si retengo información o si escribo cosas que no son ciertas, podría estar haciendo algo que es contra la ley. En ese caso, podría perder mis beneficios, tener que regresar dinero o enfrentar procesos legales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Se hace notar: Si la reclamación se presenta en representación de un miembro mayor de 18 años de edad, se requiere la firma de dicho miembro, o del acompañante, un representante oficialmente designado. La firma debe ser legible para determinar la elegibilidad del pago.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO A AMBETTER JUNTO CON LOS RECIBOS y EL REGISTRO DE MILLAJE.

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

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, por favor llame al número telefónico de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de identificación del miembro de Ambetter.

For internal use only (Sólo para uso interno):

Diagnosis Number _____

Provider ID: _____



Formulario de reembolso de viáticos relacionados con los servicios de trasplante

Instrucciones para llenar el formulario:

Por favor use este formulario para presentar su Solicitud de Reembolso de Viáticos. Debe presentar estos documentos en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que se recibieron los servicios, a menos que algo haya prevenido que se presentaran oportunamente. Se le hace notar que el proceso para recibir la determinación de su petición puede tardarse hasta 60 días.

Complete todas las secciones aplicables del formulario.

- El nombre completo del paciente que recibe el servicio
- La identificación de miembro del paciente y su dirección de casa
- El nombre completo del acompañante del suscriptor
- El sitio del servicio donde se realizó el trasplante
- La fecha de cada gasto de viaje
- La descripción y/o cargo correspondiente a cada gasto de viaje diario que se haya incurrido

El formulario debe llenarse legiblemente y en su totalidad. Además de este formulario debidamente llenado, Ambetter requiere que adjunte una copia de su Formulario de Autorización Previa de Viaje aprobado y todos los recibos, legibles. Los recibos deben coincidir con la información que proporcione en este formulario. También debe incluir un registro de las millas que viajó.

Por favor, guarde fotocopias de sus recibos y documentación de apoyo para sus registros personales.

*A fin de presentar una reclamación en representación de un miembro, usted debe proporcionar una carta poder o un documento de asignación de representante.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, por favor llame al número telefónico de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de identificación de Ambetter Health.

Exclusiones y especificaciones

Lo siguiente se excluye específicamente del reembolso bajo toda circunstancia (podría negarse el reembolso de otros gastos que no están incluidos abajo si no están aprobados de antemano.)

- Comidas
- Bebidas alcohólicas
- Mantenimiento de vehículo
- Seguro de vehículo
- Seguro de vuelos
- Servicios de cuidado infantil/Guardería
- Tarjetas, papel carta, timbres, etc.
- Ropa
- Tintorería
- Entretenimiento
- Flores
- Productos para el hogar
- Servicios públicos para el hogar
- Servicios de guarderías de animales
- Servicios de lavandería
- Depósitos de seguridad
- Artículos de aseo personal