Đi lại của NGƯỜI HIẾN TẶNG để Cấy ghép
Mẫu Giấy Yêu cầu Bồi hoàn

Nhóm của chúng tôi sẵn sàng trợ giúp để quý vị nhận được những quyền lợi thích hợp cho các chi phí liên quan đến cấy ghép của mình.

Để nhận được khoản bồi hoàn, vui lòng gửi các tài liệu sau:

- **Mẫu Giấy Yêu cầu Bồi hoàn Chi phí Đi lại của NGƯỜI HIẾN TẶNG để Cấy ghép** này, được điền thông tin đầy đủ và dễ đọc.
- Tất cả các biên lai. Biên lai phải rõ ràng và khớp với thông tin được cung cấp trên giấy yêu cầu này.
- Một bản thống kê dặm đã đi. Tiền bồi hoàn cho việc đi lại đủ điều kiện chỉ được cung cấp cho chuyến đi trên 60* dặm.

*Yêu cầu về số dặm tối thiểu này thay đổi tùy theo tiểu bang. Kiểm tra với điều phối viên cấy ghép của quý vị để xác nhận yêu cầu số dặm tối thiểu.

Xem trang 2 của mẫu này để biết các chi phí không được thanh toán.

Chi phí của Người được hiến tạng phải được trình riêng bằng cách sử dụng Mẫu Giấy Yêu cầu Bồi hoàn Chi phí Đi lại của NGƯỜI NHẬN Cấy ghép

Trung tâm Cấy ghép (Tên cơ sở/Thành phố/Tiểu bang): _____

Tên Người hiến tạng:	**Địa chỉ email của người hiến tạng:**	**Ngày sinh của người hiến tạng:**	**Tổng số biên lai kèm theo:**
Tên† người đi cùng/người chăm sóc:	**Mối quan hệ của người đi cùng/người chăm sóc† với người hiến tạng:** ☐ **Vợ/chồng** ☐ **Khác**	**Mối quan hệ của người hiến tạng với người nhận (nếu biết):**	
Địa chỉ của người hiến tạng:		**Thành phố/Tiểu bang/Zip:**	
Tên và Ngày sinh của Người nhận:			

†Người đi cùng/người chăm sóc chỉ giới hạn ở cha mẹ, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc bất kỳ người nào sống chung với người hiến tạng.

Ngày đi lại *ngày đi **ĐẾN** cơ sở bệnh viện*	**Ngày đi lại** *ngày **VỀ** từ cơ sở bệnh viện*	**Phương tiện đi lại** *máy bay, xe buýt, xe thuê được phê duyệt trước*	**Khách sạn** *Tối đa $200/ngày cho Người nhận Hiến tạng và cho một Người đi cùng/người thân trực hệ*	**Số dặm cho Xe Cá nhân** *††dựa trên mức quy định của IRS cho đi lại vì lý do y tế*	**Bữa ăn** *Tối đa $75/ngày cho Người nhận Hiến tặng và cho một Người đi cùng/người thân trực hệ*	**Tổng**
Ví dụ: 5/26/2022		*$0*	*$210.55*	*$22.00*	*$82.25*	*$314.80*
Tổng:	—					

††Mức bồi hoàn số dặm IRS cho việc đi lại vì lý do y tế được công bố trên trang web của IRS tại www.irs.gov.

Tôi đồng ý rằng mỗi chuyến đi ghi ở trên đều là để đi lại và số dặm là được phép. Tôi cũng đồng ý rằng không có cơ quan nào khác có thể bồi hoàn tiền cho tôi về chuyến đi và số dặm. Tôi hiểu rằng việc không kê khai đúng sự thật là vi phạm pháp luật. Trong trường hợp đó, tôi có thể phải trả lại tiền hoặc phải chịu sự xử lý của pháp luật.

Đi lại của NGƯỜI HIẾN TẶNG để Cấy ghép
Mẫu Giấy Yêu cầu Bồi hoàn

Chữ ký:_____**Ngày:** _____

Xin lưu ý: *Người hiến tạng hoặc người đi cùng phải ký tên. Nếu quý vị nộp yêu cầu thanh toán thay mặt cho một người hiến tạng trên 18 tuổi, quý vị phải cung cấp Giấy ủy quyền hoặc Chỉ định người Đại diện. Chữ ký phải rõ ràng để xác định sự hội đủ điều kiện của khoản thanh toán.*

Chỉ dành cho nội bộ:

Mã số Chẩn đoán: _____ ID của Nhà cung cấp: _____

Hướng dẫn về mẫu

Quý vị phải nộp các tài liệu này trong vòng 6 tháng kể từ ngày nhận được dịch vụ, trừ khi việc nộp đơn kịp thời bị ngăn chặn. Xin lưu ý rằng có thể mất đến 60 ngày để nhận được quyết định về yêu cầu của quý vị.

Điền đầy đủ tất cả các phần liên quan trong mẫu.

- Họ và tên, địa chỉ nhà của người hiến tạng
- Họ và tên của người đi cùng với người hiến tạng
- Nơi thực hiện dịch vụ cấy ghép
- Ngày phát sinh từng chi phí đi lại
- Mô tả và/hoặc số tiền cho mỗi chi phí đi lại hàng ngày phát sinh

Dịch vụ cấy ghép phải được cho phép trước mới được nhận bồi hoàn tiền đi lại.

Ngoại lệ và Yêu cầu Kỹ thuật

Các trường hợp bồi hoàn sau đây là ngoại lệ trong bất kỳ tình huống nào. Các chi phí khác không được liệt kê dưới đây cũng có thể bị từ chối nếu không được phê duyệt trước.

a. Rượu/thuốc lá
b. Thuê xe (trừ khi được sự chấp thuận trước của Trung tâm Dịch vụ Xuất sắc)
c. Bảo dưỡng xe dành cho xe mô tô, xe hybrid và xe điện (bao gồm: mọi sửa chữa/phụ tùng, nhân công, bảo dưỡng nói chung, kéo xe, hỗ trợ bên đường, v.v.)
d. Đậu xe, ví dụ nhưng không giới hạn ở, khách sạn, người phục vụ hoặc bất kỳ việc đậu xe bên ngoài nào ngoài bệnh viện
e. Các chỗ cho thuê bảo quản, nhà ở tạm thời phải trả tiền thuê/thế chấp
f. Các tiện ích, ví dụ như gas, nước, điện, dịch vụ dọn phòng, bảo trì bãi cỏ, v.v.
g. Vé phạt quá tốc độ
h. Giải trí (ví dụ: xem phim, thăm viện bảo tàng, quãng đường bổ sung để tham quan, ngắm cảnh v.v.)
i. Đối với bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến chăm sóc vật nuôi, đưa lên tàu xe, chỗ ở, thức ăn và/hoặc chi phí đi lại; ngoại trừ các chi phí liên quan đến (các) động vật phục vụ đã được chứng nhận/đăng ký
j. Chi phí cho những người không phải là chính bệnh nhân và người đồng hành được bảo hiểm của bệnh nhân
k. Chi phí chỗ ở khi hội viên ở cùng người thân
l. Bất kỳ chi phí nào không có biên lai
m. Nâng hạng lên hạng nhất (máy bay, xe buýt và tàu hỏa)
n. Vật dụng chăm sóc cá nhân (ví dụ: dầu gội đầu, lăn khử mùi, quần áo)
o. Hành lý hoặc các thứ liên quan đến du lịch bao gồm hộ chiếu/thẻ thông hành, mã du lịch REAL ID, bảo hiểm du lịch, phí đại lý du lịch, kiểm tra trước TSA và phí làm thủ tục chuyến đi sớm, phí hành lý bổ sung
p. Quà lưu niệm (ví dụ: áo thun, áo nỉ, đồ chơi)
q. Các cuộc gọi điện thoại/hóa đơn điện thoại di động, các bộ phận thay thế hoặc mua hàng di động thuộc bất kỳ loại nào
r. Tất cả các khoản khác không được chính sách quy định là chi phí hợp lệ
s. Mọi chi phí nhiên liệu/phí trạm sạc cho bất kỳ phương tiện nào
t. Mọi khoản tiền boa, trợ giúp, tầng của câu lạc bộ và tiền thưởng
u. Dịch vụ salon, cắt tóc và spa

Đi lại của NGƯỜI HIẾN TẶNG để Cấy ghép
Mẫu Giấy Yêu cầu Bồi hoàn

Nếu quý vị có câu hỏi liên quan đến quyền lợi của mình, vui lòng gọi số điện thoại dịch vụ khách hàng được ghi trên thẻ ID Ambetter from Sunshine Health (nếu quý vị là hội viên Ambetter) hoặc điều phối viên cấy ghép của quý vị thông qua Trung tâm Xuất sắc.

Điền đầy đủ vào mẫu này và gửi tới Ambetter from Sunshine Health qua thư kèm theo **CÁC BIÊN LAI** và **BẢNG THỐNG KÊ SỐ DẶM**. Vui lòng giữ bản sao của các hóa đơn, biên lai và giấy tờ chứng minh cho hồ sơ cá nhân của quý vị.

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