

Formulario de reembolso por viaje del DONANTE del trasplante

Nuestro equipo está preparado para ayudarle a que reciba los beneficios adecuados por sus gastos relacionados con el trasplante.

Para recibir el reembolso, presente la siguiente documentación:

- Este **Formulario de reembolso por viaje del DONANTE del trasplante**, llenado en su totalidad y de forma legible.
- Todos los recibos. Estos tienen que ser legibles y corresponder a la información proporcionada en este formulario.
- Un registro de las millas recorridas. El reembolso por viaje elegible se otorga solo por un viaje de más de 75* millas. *Este requisito de millaje mínimo varía de estado en estado. Consulte con su coordinador de trasplante para confirmar su requisito de millaje mínimo.

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

Los gastos del destinatario se deben presentar separadamente usando el Formulario de reembolso por viaje del RECEPTOR(A) del trasplante.

Centro de trasplante (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 compañero(a) de viaje/cuidador(a) con quien viaja [†] : | Parentesco del acompañante/cuidador(a) [†] al donante: 0 Esposo(a) 0 Otro | Parentesco del donante con el receptor (si se conoce): | |
| Dirección del donante: | | Ciudad, estado, código postal: | |
| Nombre y fecha de nacimiento del receptor: | | | |

[†]El compañero(a) de viaje/cuidador(a) puede ser solamente el padre o la madre, un hijo(a), hermano(a) o cualquier otra persona que vive con el donante del trasplante.

| Fecha(s) del viaje <small>fecha(s) del viaje AL centro hospitalario</small> | Fecha(s) del viaje <small>fecha(s) del viaje DESDE EL centro hospitalario</small> | Transporte <small>aéreo, autobús, coche de alquiler aprobado con antelación</small> | Alojamiento <small>hasta \$200 al día para el donante y un(a) compañero(a) de viaje /familiar cercano</small> | Carro personal Millaje <small>**basado en las tarifas del IRS para viajes por motivos médicos</small> | Comidas <small>hasta \$75 al día para el donante y un(a) compañero(a) de viaje /familiar cercano</small> | Total |
|--|--|--|--|--|---|----------|
| <i>Ej: 8/24/2019</i> | | \$0 | \$210.55 | \$22.00 | \$82.25 | \$314.80 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Totales: | — | | | | | |

^{**}La tarifa de reembolso por millaje del IRS para viaje por motivos médicos se publica en el sitio web del IRS en www.irs.gov.

Acepto que cada uno de los viajes presentado más arriba fue por viaje y millaje que están permitidos. También acepto que ninguna otra agencia puede reembolsarme el viaje y el millaje. Entiendo que si retengo información o si documento cosas que no son verdad, puede que esté haciendo algo que va en contra de la ley. En ese caso, puede que tenga que devolver dinero o tenga que hacer frente a procedimientos judiciales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Tenga en cuenta: Se necesita una firma del donante o de su acompañante. Si está llenando el reclamo en nombre de un(a) donante que tiene más de 18 años, debe proporcionar un poder notarial o de designación de un representante. La firma tiene que ser legible para determinar la elegibilidad del pago.

Para uso interno solamente:

Número de diagnóstico: _____ ID del proveedor: _____

Instrucciones para el formulario

Tiene que presentar estos documentos en un plazo de 6 meses desde la fecha en que se recibieron los servicios, a no ser que no lo pudo hacer a tiempo por algún motivo. Tenga en cuenta que puede que tarde hasta 60 días en recibir una determinación sobre su solicitud.

Complete todos los apartados que correspondan en el formulario.

- El nombre completo y la dirección personal del donante
- El nombre completo del(de la) compañero(a) de viaje del(de la) donante
- El lugar del servicio donde tuvo lugar el trasplante
- La fecha de cada gasto de viaje
- La descripción y/o el cambio por cada gasto de viaje diario generado

Los servicios de trasplante tienen que haber sido autorizados con anterioridad para que reciba los reembolsos por viaje.

Exclusiones y especificaciones

Los siguientes gastos están excluidos específicamente del reembolso en todas las circunstancias. Otros gastos no incluidos en la lista que se incluye a continuación también pueden denegarse si no están aprobados con antelación.

- Alcohol/tabaco
- Alquiler de carro (si no está aprobado con antelación por el Centro de Excelencia)
- Mantenimiento de vehículo para carros de motor e híbridos, y eléctricos (incluye: todas las reparaciones/partes, mano de obra, mantenimiento general, servicio de grúa, ayuda en carretera, etc.)
- Estacionamiento, como, sin estar limitado a, hotel, valet o cualquier estacionamiento fuera que no sea el del hospital
- Unidades de alquiler para almacenamiento, pagos de vivienda temporal que genere pagos de alquiler/hipoteca
- Servicios públicos, tales como gas, agua, electricidad, servicios de trabajos domésticos, mantenimiento del pasto, etc.
- Multas por exceso de velocidad
- Entretenimiento (por ej., películas, visitas a museos, millaje adicional para visitar lugares turísticos, etc.)
- Por cualquier servicio relacionado con cuidado, hospedaje, alojamiento, comida y/o gastos de viaje de mascotas; que no sean los relacionados con animal(es) de servicio certificado(s)/registrado(s)
- Gastos por personas que no sean el/la paciente y su acompañante cubierto/a
- Gastos por alojamiento cuando el(la) afiliado(a) se queda con un familiar
- Cualquier gasto que no tenga un recibo
- Mejoras a viaje en primera clase (aéreo, autobús y tren)
- Artículos de cuidado personal (por ej. champú, desodorante, ropa)
- Equipaje o artículos relacionados con el viaje incluidos el pasaporte/tarjeta de pasaporte; identificaciones REAL ID para viajar, seguro de viaje, tarifas de una agencia de viaje, revisión previa de la TSA y tarifas para comprobación de embarque temprano, tarifas de equipaje extra
- Recuerdos (por ej., camisetas, sudaderas, juguetes)
- Facturas de las llamadas telefónicas y del celular, piezas de repuesto o compras celulares de cualquier tipo.
- Todos los demás artículos no descritos en esta póliza como gastos elegibles
- Todos los costos de combustible/tarifas de estaciones de carga para cualquier vehículo
- Todas las propinas, conserje, pisos de nivel club y gratificaciones
- Servicios en el salón de peluquería, barbero y spa

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al número de teléfono de atención al cliente que se incluye en su tarjeta de identificación de WellCare de North Carolina (si es un(a) afiliado(a)) o a su coordinador de trasplante a través del Centro de Excelencia

Envíe este formulario completado a WellCare de North Carolina por correo **CON RECIBOS** e _____ **incluya el REGISTRO DE MILLAJE**. Guarde fotocopias de sus facturas, recibos y documentación de apoyo en su archivo personal.



**Formulario de reembolso por viaje
del DONANTE del trasplante**

WELLCARE OF NORTH CAROLINA

Attn: Claims Department - Member Reimbursement

P.O. Box 5010

Farmington, MO 63640-5010