

## سداد نفقات السفر والإقامة

### الخدمات التخصصية المحددة داخل منطقتك

إذا كنت عضوًا لدى شركة Kaiser Permanente Northern California وتم تحويلك للحصول على خدمات رعاية صحية معينة تقع على مسافة 50 ميلاً أو أكثر من منزلك داخل منطقتك، فسنقوم برد بعض نفقات السفر والإقامة إليك.

### قائمة مراجعة أحقية الاستفادة من البرنامج

يرجى البدء بالإجابة عن الأسئلة الموجودة أدناه لمعرفة ما إذا كنت مستحقًا لطلب سداد نفقات السفر والإقامة بموجب برنامج الخدمات التخصصية المحددة.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل المنطقة التي يقيم بها العضو هي شمال كاليفورنيا؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تقديم الخدمة داخل شمال كاليفورنيا؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل الخدمة التي حصلت عليها هي إحدى الخدمات التخصصية المستحقة الموضحة أدناه؟ <ul style="list-style-type: none"> <li>• جراحة علاج سمنة</li> <li>• جراحة معقدة في المعدة</li> <li>• جراحة معقدة في الصدر</li> <li>• خدمات طب أطفال عامة لحالات شديدة داخل مستشفى أو خدمات طب أطفال تخصصية داخل مستشفى، باستثناء الحالات التي تتطلب دخول وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة (NICU) ووحدة العناية المركزة للأطفال (PICU) مباشرةً</li> <li>• طب أمراض الدم والأورام للأطفال في العيادات الخارجية</li> <li>• علاج كيميائي داخل مستشفى لمرض سرطان الدم/سرطان الغدد الليمفاوية</li> <li>• جهاز مساعدة للبطين الأيسر، أو البطين الأيمن، أو كلا البطينين (LVAD، أو RVAD، أو BiVAD)</li> <li>• جراحة استئصال كلى مزروعة</li> </ul>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل قام طبيب تابع لشركة Kaiser Permanente بتحويل العضو لتلقي الخدمة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تقديم الخدمة التي حصل عليها العضو على بُعد 50 ميلاً أو أكثر من منزله؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل يمكنك تقديم مستندات سليمة لنفقات السفر والإقامة، مثل إيصالات تفصيلية؟

في حالة الإجابة بلا عن أي سؤال من الأسئلة الواردة أعلاه، فأنت غير مستحق للاستفادة من هذا البرنامج ولا يحق لك طلب سداد النفقات باستخدام نموذج الطلب المرفق.

يرجى زيارة [kp.org/specialty-care/travel-reimbursements](http://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements) (باللغة الإنجليزية) للحصول على معلومات حول برامج السفر والإقامة الأخرى التي قد تكون متاحة.

في حالة الإجابة بنعم عن كل الأسئلة الواردة أعلاه، فأنت مستحق لسداد نفقات السفر والإقامة بموجب برنامج الخدمات التخصصية المحددة ويحق لك إرسال نموذج الطلب المرفق. يرجى التأكد من قراءة الأسئلة المتداولة المرفقة قبل استكمال بيانات الطلب. يمكنك الاطلاع على المزيد من المعلومات عبر [kp.org/specialty-care/travel-reimbursements](http://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements) (باللغة الإنجليزية).

(تابع الصفحة التالية)

## الأسئلة المتداولة حول سداد نفقات السفر والإقامة

### كيف يمكنني إرسال مطالبة؟

• املأ بيانات نموذج طلب سداد النفقات المرفق ضمن مجموعة المستندات لديك.

• لتلافي حدوث أي تأخير في السداد، احرص على كتابة اسمك بالكامل بالتهجئة الصحيحة، وعنوان بريدك الإلكتروني الحالي، وأرقام هواتفك المسجلة لدينا.

• يرجى التأكد من إبلاغ مركز اتصالات خدمات الأعضاء بالعنوان البريدي لمنزلك الحالي. يمكنك الاتصال بمركز اتصالات خدمات الأعضاء لتأكيد عنوانك البريدي أو تغييره على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي 711)، على مدار ساعات اليوم طوال أيام الأسبوع (مغلق في أيام العطلات). لا يمكن إرسال الشيكات سوى إلى العنوان المسجل لدينا.

• أرسل نسخة من إيصالائك التفصيلية الأصلية بصحبة نموذج الطلب، واحتفظ بنسخة لسجلاتك. يرجى تقديم نسخ من الإيصالات التفصيلية الأصلية الخاصة بالخدمات التي حصلت عليها (على سبيل المثال، أرسل الفاتورة التفصيلية الأصلية الصادرة من الفندق وليس إيصال بطاقة الائتمان أو كشف حساب بطاقة الائتمان).

### ما النفقات التي يمكن سدادها؟

• نفقات السفر والإقامة المستحقة المحددة في هذا النموذج، مع الإيصالات التفصيلية للخدمات التخصصية المحددة المقدمة على بُعد 50 ميلاً أو أكثر من منزل العضو

• انتقالات رحلة الذهاب والعودة لك ولمقدم رعاية/مرافق لك من منزلك إلى ومن المنشأة التي تم تحويلك إليها، بقيمة تصل إلى 200 دولار أمريكي لكل رحلة ذهاب وعودة لجميع الزيارات التي تتم قبل تلقي الخدمة، وأثناء تلقيها، وبعد تلقيها لدواعي طبية\*

• نفقات الإقامة لك ولمقدم رعاية/مرافق لك، لغرفة واحدة شاملة الضريبة، بحد أقصى 150 دولارًا أمريكيًا في اليوم، طوال المدة المحددة في خطاب التحويل الخاص بك

### ما النفقات التي لا يمكن سدادها؟

• نفقات السفر والإقامة الخاصة بالخدمات المقدمة على مسافة أقل من 50 ميلاً من منزل العضو

• نفقات السفر والنفقات الشخصية لأكثر من مقدم رعاية/مرافق واحد، الأطعمة أو المشروبات

• الأدوية المتاحة بدون تذكرة طبية ومستحضرات العناية الشخصية

• الانتقالات اليومية للمنشأة التي تم تحويلك إليها ذهابًا وإيابًا\*

• المكالمات الهاتفية وخدمة الإنترنت

• نفقات الإقامة، بخلاف سعر الغرفة والضريبة، مثل خدمة الغرف، والثلاجة الصغيرة، والأفلام

### متى سأحصل على شيك السداد؟

• سوف نرسل إليك شيك السداد بعد حوالي 8 أسابيع من استلامنا لجميع الأوراق المطلوبة.

• سوف نرسل شيكًا واحدًا إلى العنوان المسجل لك لدى مركز اتصالات خدمات الأعضاء.

• في حالة وجود أي مبالغ مالية مستحقة لمقدم الرعاية/المرافق، سيتم إدراجها ضمن قيمة الشيك.

• سوف تتحمل سداد نفقات مقدم الرعاية/المرافق.

\*إذا كنت عضوًا في برنامج Medi-Cal، فإن هناك خيارات انتقالات إضافية متاحة لك. يرجى الاتصال بمركز اتصالات خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي 711) لمعرفة المزيد من التفاصيل.

<p>لمعرفة حالة سداد النفقات الخاصة بك: إذا لم يصلك مبلغ النفقات بعد 8 أسابيع من تاريخ استلامك لخطاب الموافقة على سداد النفقات، فاتصل بمنسق خدمات السفر والإقامة على الرقم <b>.510-987-4650</b></p>	<p>للإستفسارات العامة المتعلقة بنفقات السفر والإقامة أو نموذج سداد النفقات: اتصل بمنسق خدمات السفر والإقامة على الرقم <b>.510-987-4650</b></p>
	<p>للحصول على المزيد من المعلومات، انتقل إلى <a href="https://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements">/kp.org/specialty-care/travel-reimbursements</a> (باللغة الإنجليزية).</p>

استخدم هذا النموذج لطلب سداد نفقات السفر والإقامة المستحقة للخدمات التخصصية المحددة الواردة في هذا النموذج. يرجى توفير المعلومات أدناه للعضو الذي حصل على الخدمات المستحقة.

اسم العضو:	تاريخ الميلاد:
العنوان البريدي:	
المدينة/الولاية/الرمز البريدي:	عنوان البريد الإلكتروني:
رقم السجل الطبي:	رقم الهاتف:
رقم بديل:	
اسم الطبيب مقدم الخدمة:	
المنشأة التي تم تقديم الخدمة بها:	
اسم ورقم هاتف مدير الحالة/مدير الرعاية:	
اختر فئة الخدمة التي تم الحصول عليها (يجب أن تكون الخدمة مدرجة أدناه لكي تكون مستحقة لسداد النفقات):	الغرض من الزيارة (اختر كل ما ينطبق):
<input type="checkbox"/> جراحة علاج سمنة <input type="checkbox"/> جراحة معقدة في المعدة <input type="checkbox"/> جراحة معقدة في الصدر <input type="checkbox"/> علاج كيميائي داخل مستشفى لمرض سرطان الدم/سرطان الغدد الليمفاوية <input type="checkbox"/> خدمات طب أطفال عامة لحالات شديدة داخل مستشفى أو خدمات طب أطفال تخصصية داخل مستشفى (باستثناء الحالات التي تتطلب دخول وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة (NICU) ووحدة العناية المركزة للأطفال (PICU) مباشرة) <input type="checkbox"/> طب أمراض الدم والأورام للأطفال في العيادات الخارجية <input type="checkbox"/> جهاز مساعدة للبطين الأيسر، أو البطين الأيمن، أو كلا البطينين (LVAD، أو RVAD، أو BiVAD) <input type="checkbox"/> جراحة استئصال كلي مزروعة	<input type="checkbox"/> استشارة <input type="checkbox"/> علاج <input type="checkbox"/> جراحة <input type="checkbox"/> متابعة <input type="checkbox"/> التحضير لعملية جراحية <input type="checkbox"/> المتابعة بعد عملية جراحية
هل قام العضو بالمبيت في المستشفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى توفير معلومات أدناه عن إقامة العضو داخل المستشفى.	
تاريخ الدخول:	تاريخ الخروج:
تواريخ مواعيد العيادات الخارجية:	
الانتقالات (يلزم توفير إيصالات):	
• وسيلة الانتقال (على سبيل المثال، حافلة، سيارة مؤجرة، سيارة شخصية، إلى غير ذلك):	
• كم عدد زيارات الذهاب والعودة التي قام بها العضو بين المنزل ومكان تلقي خدمة العلاج؟	
الإقامة (يلزم توفير إيصالات):	
• هل كانت الإقامة ضرورية للعضو؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التواريخ:	
• هل كانت الإقامة ضرورية للمرافق/مقدم الرعاية الخاص بالعضو؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التواريخ:	
اسم المرافق/مقدم الرعاية:	
تاريخ آخر موعد قبل الخروج من المستشفى والعودة إلى المنزل:	
تاريخ عودة العضو إلى المنزل:	
توقيع العضو:	التاريخ:

أرسل هذا النموذج بصحبة نسخة من الإيصالات التفصيلية الأصلية إلى منسق خدمات السفر والإقامة الخاص بنا عن طريق:

Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging – Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612	البريد الأمريكي
NCAL-TravelandLodging@kp.org	البريد الإلكتروني على هيئة ملف PDF
510-873-5388	الفاكس

## إشعار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Kaiser Permanente قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولائية.

لا تميز Kaiser Permanente بشكل مخالف للقانون ولا تستثني الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
  - ◆ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
  - ◆ مترجمين شفويين مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم **1-800-464-4000 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلق). إذا لا يمكنك التحدث أو السماع بشكل جيد، يُرجى الاتصال على الرقم **711**.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، كاسيت صوتي، أو إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

## كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلى Kaiser Permanente إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يرجى الرجوع إلى *إثبات التغطية (Evidence of Coverage)* أو *شهادة التأمين (Certificate of Insurance)* للتفاصيل. يمكنك أيضاً التحدث مع أحد ممثلي خدمات الأعضاء حول الخيارات التي تنطبق عليك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم.

يمكنك التقدم بتظلم من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلق).
- **بالبريد:** اتصل بنا على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** واطلب إرسال نموذج إليك
- **شخصياً:** املأ نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا (Complaint or Benefit Claim/Request) لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين (Provider Directory) الخاص بك على الموقع [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) للاطلاع على العناوين)
- **عبر الإنترنت:** استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني [kp.org](http://kp.org)

ويمكنك أيضاً التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العنوانين أدناه:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (للمستفيدين من *Medi-Cal* فقط)  
يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- عبر الهاتف : اتصل بمكتب DHCS للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

نماذج الشكوى متاحة على: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- عبر الإنترنت: أرسل بريداً إلكترونياً إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية  
يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابياً أو عبر الإنترنت:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم **1-800-368-1019 (TTY 711) أو 1-800-537-7697**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

توجد نماذج الشكاوى على:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- عبر الإنترنت: قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>