

Reembolso de viajes y hospedaje

Seleccione los servicios especializados dentro de su región

Si usted es un miembro de Kaiser Permanente Northern California y se lo refirió a ciertos servicios de atención para la salud a 50 millas o más de su hogar dentro de su región, le reembolsaremos ciertos gastos de viajes y hospedaje.

Lista de verificación de elegibilidad

Comience respondiendo las preguntas a continuación para saber si usted puede solicitar el reembolso de viajes y hospedaje según el programa de servicios de especialidad seleccionado.

¿El miembro reside en la región del norte de California?	☐ Sí	☐ No
¿El servicio se proporcionó dentro del Norte de California?	☐ Sí	☐ No
¿Es su servicio alguno de los servicios de especialidad elegibles que se enumeran a continuación? • Cirugía bariátrica • Cirugía gástrica compleja • Cirugía de tórax compleja • Pediatría general para pacientes hospitalizados agudos o pediatría especializada para pacientes hospitalizados, excepto hospitalizaciones directas en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) • Hematología y oncología pediátrica ambulatoria • Quimioterapia para el tratamiento de leucemia o linfoma para pacientes hospitalizados • Dispositivo de asistencia ventricular izquierda, derecha o de ambos lados (LVAD, RVAD, BiVAD) • Nefrectomía para trasplante	☐ Sí	☐ No
¿Un médico de Kaiser Permanente refirió al miembro para este servicio?	☐ Sí	☐ No
El servicio que recibió el miembro, ¿se proporcionó a 50 millas o más de su hogar?	☐ Sí	☐ No
¿Puede enviar la documentación correspondiente a sus gastos de viaje y hospedaje, como recibos desglosados?	☐ Sí	☐ No

Si su respuesta es NO a cualquiera de las preguntas anteriores, no es elegible para este programa y no puede solicitar el reembolso con el formulario de solicitud que se adjunta.

Visite kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español) para obtener más información sobre otros programas de viajes y hospedaje disponibles.

Si su respuesta es SÍ a todas las preguntas anteriores, usted es elegible para el reembolso de viajes y hospedaje según el programa de servicios de especialidad seleccionado y debe enviar el formulario de solicitud que se adjunta. Asegúrese de leer las preguntas más comunes que se adjuntan antes de completar la solicitud. Puede encontrar más información en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español).

(continúa en la página siguiente)

Preguntas más comunes sobre reembolsos de viajes y hospedaje

¿Cómo presento un reclamo?

- Llene el formulario de solicitud de reembolso que se incluye en su paquete.
- Para evitar demoras, necesitamos que su nombre completo, su dirección de correo electrónico actual y los números de teléfono registrados en su expediente estén escritos correctamente.
- Asegúrese de que la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros tenga su dirección postal actual. Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para verificar o cambiar su dirección postal al **1-800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrada los días festivos). Los cheques solo se pueden enviar a la dirección postal registrada en su expediente.
- Envíe una copia de los recibos originales desglosados junto con su formulario de solicitud y guarde una copia para sus archivos. Proporcione copias de sus recibos originales desglosados de servicios (por ejemplo, envíe la factura original desglosada del hotel en lugar del recibo de su tarjeta de crédito o el estado de cuenta de la tarjeta de crédito).

¿Qué gastos pueden reembolsarse?

- Gastos elegibles de viajes y hospedaje que se identifican en este formulario, con los recibos originales desglosados para los servicios de especialidad seleccionados y proporcionados a 50 millas o más del hogar del miembro
- Transporte de ida y vuelta para usted y un cuidador o acompañante desde su hogar para ir al centro de atención adonde fue referido y regresar de él, hasta \$200 por viaje de ida y vuelta para todas las consultas necesarias desde el punto de vista médico que se lleven a cabo antes del servicio, durante el servicio y después del servicio*
- Hospedaje para usted y un cuidador o acompañante, para 1 habitación más impuestos, hasta \$150 por día, durante el período especificado en su referencia

¿Qué gastos no se pueden reembolsar?

- Gastos de viajes y hospedaje proporcionados a menos de 50 millas del hogar del miembro
- Gastos de viajes y gastos personales para más de 1 cuidador o acompañante
- Comida y bebidas
- Medicamentos de venta sin receta y artículos de cuidado personal
- Transporte diario para ir al centro de atención adonde fue remitido y regresar de él*
- Llamadas telefónicas y servicio de Internet
- Gastos de hospedaje, que no sean de la habitación e impuestos, como servicios a la habitación, minibar y películas

¿Cuándo recibiré mi cheque de reembolso?

- Le enviaremos un cheque de reembolso aproximadamente 8 semanas después de recibir toda la documentación necesaria.
- Enviaremos un solo cheque a la dirección registrada en su expediente de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- Si se le debe dinero a un cuidador o acompañante, dicho monto se incluirá en el cheque.
- Usted es responsable del reembolso del cuidador o acompañante.

*Si usted es miembro de Medi-Cal, cuenta con más opciones de transporte. Si desea obtener más detalles, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

(continúa en la página siguiente)

Para obtener más ayuda

 Si tiene preguntas generales acerca de viajes y hospedaje o sobre el formulario de reembolso: Llame al coordinador de Viajes y Hospedaje al 510-987-4650.	 Para consultar el estado de su reembolso: Si no ha recibido su reembolso 8 semanas después de haber recibido su carta de aprobación del reembolso, llame al coordinador de Viajes y Hospedaje al 510-987-4650.
 Para obtener más información, visite kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español).	

Use este formulario para solicitar el reembolso de gastos de viajes y hospedaje elegibles para los servicios de especialidad seleccionados que se indican en este documento. Proporcione la información a continuación para el miembro que recibe los servicios elegibles.

Nombre del miembro:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:			
Ciudad/Estado/Código postal:		Dirección de correo electrónico:	
Número de historia clínica:	Número de teléfono:	Número alternativo:	
Nombre del médico que le brindó el servicio:			
Centro de atención donde se brindó el servicio:			
Nombre y número de teléfono del administrador de caso o de atención:			
Escoja la categoría de servicio recibido (el servicio debe aparecer a continuación para ser elegible para reembolso): ☐ Cirugía bariátrica ☐ Cirugía gástrica compleja ☐ Cirugía de tórax compleja ☐ Quimioterapia para el tratamiento de leucemia o linfoma para pacientes hospitalizados ☐ Pediatría general para pacientes hospitalizados agudos o pediatría especializada para pacientes hospitalizados, excepto hospitalizaciones directas en la UCIN y la UCIP ☐ Hematología y oncología pediátrica ambulatoria ☐ Dispositivo de asistencia ventricular izquierda, derecha o de ambos lados (LVAD, RVAD o BiVAD) ☐ Nefrectomía para trasplante		Propósito de la visita (elijá todas las opciones que correspondan): ☐ Consulta ☐ Tratamiento ☐ Cirugía ☐ Seguimiento ☐ Preoperatoria ☐ Posoperatoria	
¿El miembro pasó la noche en el hospital? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", proporcione información sobre la hospitalización del miembro. Fecha de hospitalización: Fecha del alta hospitalaria:			
Fechas de citas como paciente ambulatorio:			
Transporte (se requieren los recibos): Medio de transporte (p. ej., autobús, automóvil de alquiler o propio): _____ • ¿Cuántos viajes de ida y vuelta hizo el miembro de su hogar al centro de servicio para recibir el tratamiento? _____			
Hospedaje (se requieren los recibos): • ¿El miembro necesitó hospedaje? ☐ Sí ☐ No Fechas: _____ • ¿El acompañante o cuidador del miembro necesitó hospedaje? ☐ Sí ☐ No Fechas: _____ Nombre del acompañante o cuidador: _____			
Fecha de la última cita antes de recibir el alta hospitalaria: _____ Fecha en que el miembro regresó al hogar: _____			
Firma del miembro:		Fecha:	

Puede enviar este formulario y una copia de los recibos originales desglosados a nuestro coordinador de Viajes y Hospedaje de las siguientes maneras:

Por correo	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging - Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612
Por correo electrónico en un archivo PDF	NCAL-TravelandLodging@kp.org
Fax	510-873-5388

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:
 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
 Los formularios de queja están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).
- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).