Kaiser Permanente Northern California

Reembolso de viajes y hospedaje

Seleccione los servicios de especialidad dentro de su región

Si usted es un miembro de Kaiser Permanente Northern California y se lo refirió a ciertos servicios de atención médica a 50 millas o más de su hogar en cualquier lugar del Norte de California, 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 torácica 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 • Pancreatectomía • Cistectomía • Esofagectomía • Hepatectomía • Miotomía de Heller	☐ 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)

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Northern California

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 Servicio a los Miembros tenga su dirección postal actual. Puede llamar a 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
- Taxi de ida y vuelta o transporte compartido equivalente, autobús, tren o millaje de vehículo personal para usted y un cuidador/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*
- Alquiler de coches y peajes de puentes (con recibos)
- Hospedaje para usted y un cuidador o acompañante, para 1 habitación más impuestos, hasta $150 por día, durante el período especificado en su referido

¿Qué gastos no se pueden reembolsar?

- Gastos de viajes y gastos personales para más de 1 cuidador o acompañante.
- Comida y bebidas.
- Medicamentos de venta libre, recetas o copagos del miembro y artículos de cuidado personal, incluso si se recomendaron por su médico.
- Transporte diario para ir al centro de atención adonde fue remitido y regresar de él*.
- Gasolina para un vehículo personal/de acompañante o para un automóvil de alquiler.
- Tarifas de estacionamiento.
- Estación de carga para vehículos eléctricos.
- 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.
- Si el servicio de especialidad seleccionado no figura en la lista de servicios elegibles (consulte el formulario en la página siguiente), no se reembolsarán los gastos de viajes y hospedaje.
- No añada notas manuscritas ni otros procedimientos médicos en el formulario.
- Consulte la sección "Exclusiones" en el sitio web principal, en la sección "Seleccionar servicios de especialidad", para ver todos los artículos que no son reembolsables.

¿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 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 es miembro de Medi-Cal (incluidos los Servicios para los Niños de California y el programa Modelo del Niño en su Totalidad), tiene más opciones de transporte disponibles. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para más detalles.

(continúa en la página siguiente)

KAISER PERMANENTE®

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Northern California
Formulario de solicitud de reembolso de los gastos de viajes y hospedaje por servicios de especialidad seleccionados

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 paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección postal del paciente	
Ciudad/estado/código postal del paciente	N.º de historia clínica del paciente:
Número de teléfono (si tiene)	Dirección de correo electrónico (si tiene)
Nombre del padre/madre/acompañante/cuidador (si corresponde)	
Nombre del médico que le brindó el servicio (si se sabe)	
Nombre/ubicación del centro de atención donde se realizó el servicio	
Nombre/número de teléfono del administrador de caso o de atención de KP (si se sabe)	

OBLIGATORIO: Escoja la categoría de servicio recibido (el servicio debe aparecer a continuación para ser elegible para reembolso)	OBLIGATORIO: Propósito de la visita (elija todas las opciones que correspondan)
☐ Cirugía bariátrica ☐ Cirugía gástrica compleja ☐ Cirugía torácica compleja ☐ Cistectomía ☐ Esofagectomía ☐ Pediatría general para pacientes hospitalizados agudos o pediatría especializada para pacientes hospitalizados (excepto hospitalización directa en la UCIN y la UCIP) ☐ Miotomía de Heller ☐ Hepatectomía ☐ Quimioterapia para el tratamiento de leucemia o linfoma para pacientes hospitalizados ☐ Dispositivo de asistencia ventricular izquierda, derecha o de ambos lados (LVAD, RVAD o BiVAD) ☐ Hematología y oncología pediátrica ambulatoria ☐ Pancreatectomía ☐ Nefrectomía para trasplante	☐ Consulta ☐ Seguimiento ☐ Posoperatoria ☐ Preoperatoria ☐ Cirugía ambulatoria (sin hospitalización durante una noche) ☐ Cirugía hospitalaria (hospitalización durante una noche) ☐ Tratamiento

¿El paciente pasó la noche en el hospital? ☐ Sí. En caso afirmativo, indique todas las fechas de admisión y alta hospitalaria en la página siguiente.

FECHA DE ADMISIÓN N.º 1 _____ FECHA DEL ALTA N.º 1 _____	FECHA DE ADMISIÓN N.º 2 (si corresponde)_____ FECHA DEL ALTA N.º 2 (si corresponde)_____

¿El paciente recibió cirugía ambulatoria el mismo día? ☐ Sí. En caso afirmativo, indique la fecha de la admisión y el alta hospitalaria en la página siguiente.

Fechas de citas como paciente ambulatorio. Indique solo las fechas en las que viaja desde el domicilio del paciente directamente al centro médico o desde el centro médico al domicilio del paciente. Ingrese TODAS las fechas de consultas ambulatorias en la página siguiente.

TRANSPORTE: Todas las vías son solo entre el domicilio del paciente y el centro médico.
Se requieren recibos. ☐ Autobús ☐ Amtrak ☐ Coche de alquiler ☐ Taxi, Uber, Lyft, Servicio de enlace
No se requieren recibos de combustible. ☐ Coche personal del paciente
☐ Coche personal del padre/madre/acompañante/cuidador

¿Cuántos viajes de ida y vuelta hizo el paciente de su hogar al centro de servicio para recibir el tratamiento?
_____ (no reembolsable: hacia/desde el hospedaje, el centro médico u otros establecimientos)

Kaiser Permanente Northern California

HOSPEDAJE: Se requieren recibos. Indique todas las fechas de hospedaje en la página siguiente. ¿El paciente necesitó hospedaje? ☐ Sí Fechas:_____ Fechas:_____ ¿El padre/madre, acompañante o cuidador del miembro necesitó hospedaje? ☐ Sí Fechas:_____ Fechas:_____
Fecha de la última cita antes de que el paciente recibiera el alta hospitalaria:_____
Fecha en que el paciente regresó a casa:_____

Kaiser Permanente Northern California

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

☐ **Recibo de hospedaje:** Asegúrese de que la factura/folio del hospedaje indique el nombre del hotel, la dirección, el precio diario de la habitación, los impuestos y las tasas del complejo.

☐ **Recibo de peaje del puente:** Verifique que en su recibo figure la fecha del peaje, su importe y que ha sido abonado. Se acepta el extracto del peaje del puente FasTrak.

☐ **Recibo de alquiler de coche:** Verifique que en su recibo figuren las fechas de recogida y devolución, y el importe abonado por un vehículo de alquiler de tamaño estándar.

☐ **Mapa de Google:** Muestra la distancia más larga desde el domicilio del paciente hasta el centro médico.

- **Todos los recibos deben estar en formato PDF.**
- **No incluya formularios, recibos ni mapas en el cuerpo de su correo electrónico.**

Incluya comentarios adicionales a continuación, o información en su correo electrónico o en una página separada.

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 electrónico en un archivo PDF	NCAL-TravelandLodging@kp.org
Fax	1-866-241-4785

Comentarios adicionales:

Kaiser Permanente Northern California

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 **(925) 598-2720** y siga las indicaciones.	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 **(925) 598-2720**, y siga las indicaciones.
Para más información, visite **https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/get-care/travel-lodging-guidelines#specialty-services** (cambie el idioma a español)	

Kaiser Permanente Northern California

FECHAS DE CONSULTAS COMO PACIENTES AMBULATORIOS: Indique todas las fechas en las que viaja desde el domicilio del paciente directamente al centro médico o desde el centro médico al domicilio del paciente.	HOSPITALIZACIONES DURANTE UNA NOCHE: Indique todos los rangos de fechas de ingreso y alta hospitalaria del paciente.	FECHAS DE CIRUGÍA AMBULATORIA: Indique todas las fechas en las que el paciente fue ingresado y dado de alta el mismo día para su cirugía.
Si el paciente recibió atención médica en diferentes centros de atención, indique el nombre de cada centro médico con su fecha correspondiente.		

INFORMACIÓN DE HOSPEDAJE (se requiere recibo) Si un campo no aplica, escriba N/A en la casilla "Únicamente para el paciente" o "Madre/padre/acompañante/cuidador".		
ÚNICAMENTE PARA EL PACIENTE	Ingreso	Salida
PADRE/MADRE/ACOMPAÑANTE/CUIDADOR	Ingreso	Salida

Comentarios adicionales

Firma: ☐ Miembro ☐ Madre/padre/acompañante/cuidador del miembro Fecha