

여행 및 숙박 환급

지역 내 일부 특별 서비스

Kaiser Permanente Northern California 회원이 지역 내에서 자택으로부터 50마일 이상 떨어진 특정 의료 서비스로 의뢰 처리된 경우 특정 여행 및 숙박 경비를 환급받을 수 있습니다.

자격 체크리스트

일부 특별 서비스 프로그램에 따른 여행 및 숙박 환급을 신청할 수 있는지 여부를 확인하려면 아래 질문에 답하시기 바랍니다.

회원의 거주 지역이 북부 캘리포니아입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
서비스가 제공된 곳이 북부 캘리포니아입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
서비스가 아래 나열된 자격 대상 특수 서비스에 해당합니까? <ul style="list-style-type: none"> • 비만 수술 • 복합 위 수술 • 복합 흉부 수술 • 일반 급성 입원환자 소아과 또는 특별 입원환자 소아과(신생아 중환자실(NICU) 및 소아 중환자실(PICU) 직접 입원 제외) • 외래 소아 혈액학 및 종양학 • 백혈병/림프종 입원환자 화학요법 • 좌심실, 우심실 또는 양심실 보조 장치(LVAD, RVAD, BiVAD) • 이식 신장 절제 	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
회원을 서비스에 의뢰 처리한 사람이 Kaiser Permanente 의사입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
회원이 받은 서비스가 제공된 장소가 회원의 자택으로부터 50마일 이상 떨어진 곳입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
항목별 영수증 등 적절한 여행 및 숙박 경비 서류를 제출할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

위 질문 중 하나라도 아니요라고 답한 경우 이 프로그램의 적용 대상이 아니며, 첨부된 신청 양식을 사용해 환급을 신청해서는 안 됩니다.

이용 가능할 수 있는 다른 여행 및 숙박 프로그램에 대한 내용은 kp.org/specialty-care/travel-reimbursements를 참조하시기 바랍니다.

위 질문 모두 예라고 답한 경우 일부 특별 서비스 프로그램에 따른 여행 및 숙박 환급 대상이며, 첨부된 신청 양식을 제출할 수 있습니다. 첨부된 자주 묻는 질문을 읽은 후 신청서를 작성하시기 바랍니다. 자세한 내용은 kp.org/specialty-care/travel-reimbursements에서 확인할 수 있습니다.

(다음 페이지에 계속)

여행 및 숙박 환급에 대한 자주 묻는 질문

신청서를 제출하려면 어떻게 해야 하나요?

- 패킷에 포함되어 있는 환급 요청 양식을 작성하십시오.
- 지연이 발생하지 않도록 회원의 등록된 성명 및 현재 이메일 주소와 전화번호를 정확한 철자로 작성하십시오.
- 회원 서비스 문의 센터에 회원의 현재 자택 우편 주소가 등록되어 있어야 합니다.
1-800-464-4000(TTY 711)으로 고객 서비스 문의 센터에 전화하여 우편 주소를 확인하거나 변경할 수 있습니다(공휴일 제외 연중무휴). 등록된 주소로만 수표가 발송됩니다.
- 항목별 영수증 원본의 사본과 요청 양식을 제출하고 그 사본을 기록용으로 보관해 두십시오. 서비스 항목별 영수증 원본의 사본을 제공하십시오(예: 신용카드 영수증 또는 신용카드 명세서가 아닌 호텔의 항목별 청구서 원본 제출).

환급받을 수 있는 경비는 무엇입니까?

- 자격 대상인 여행 및 숙박 경비는 본 양식에 명시되어 있음(회원의 자택으로부터 50마일 이상 떨어진 장소에서 제공된 일부 특별 서비스의 항목별 영수증 필요)
- 회원 본인 및 간병인/동행인 1명이 자택과 의뢰 처리된 시설 간을 이동하는 왕복 교통편(모든 의료상 필요 사전 서비스, 서비스 및 사후 서비스 방문에 대해 왕복 여행당 최대 200달러*)
- 회원 본인 및 간병인/동행인 1명의 숙박(객실 1개 및 세금, 일일 최대 150달러, 의뢰 처리 시에 지정된 기간 동안)

환급받을 수 없는 경비는 무엇입니까?

- 회원의 자택으로부터 50마일 내의 장소에서 제공된 서비스와 관련된 여행 및 숙박 경비
- 1명을 초과하는 간병인/동행인의 여행 및 개인 경비
- 식음료
- 처방전이 필요 없는 의약품 및 개인 건강 관리 용품
- 의뢰 처리된 시설을 왕복하는 일일 교통편*
- 전화 통화 및 인터넷 서비스
- 객실 및 세금을 제외한 숙박 경비(룸서비스, 미니바, 영화 등)

환급 수표는 언제 받게 됩니까?

- 모든 필요 서류가 접수된 시점으로부터 약 8주 후에 환급 수표가 발송됩니다.
- 회원 서비스 문의 센터에 등록되어 있는 주소로 단일 수표가 발송됩니다.
- 간병인/동행인에게 지급해야 할 금액이 있는 경우 수표에 포함됩니다.
- 간병인/동행인에게 금액을 환급하는 것은 회원의 책임입니다.

*Medi-Cal 회원은 이용할 수 있는 교통편 옵션이 더 다양합니다. **1-800-464-4000(TTY 711)**으로 회원 서비스 문의 센터에 전화하여 자세한 내용을 확인하시기 바랍니다.

추가 도움이 필요한 경우

 <p>여행 및 숙박 또는 환급 양식에 대한 일반 질문: 510-987-4650으로 여행 및 숙박 코디네이터에게 전화하십시오.</p>	 <p>환급 상태 확인: 환급 승인서를 수령한 날짜로부터 8 주 후에도 환급을 받지 못한 경우 510-987-4650으로 여행 및 숙박 코디네이터에게 전화하십시오.</p>
 <p>자세한 내용은 kp.org/specialty-care/travel-reimbursements를 참조하십시오.</p>	

이 양식을 사용하여 본 양식에 명시된 일부 특별 서비스와 관련된 자격 대상 여행 및 숙박 경비의 환급을 요청하십시오. 자격 대상 서비스를 받은 회원의 정보를 아래에 기재하십시오.

회원 이름:		생년월일:
우편 주소:		
시/도/우편 번호:		이메일 주소:
의료 기록 번호:	전화 번호:	대체 번호:
서비스를 수행한 의사의 이름:		
서비스가 수행된 시설:		
사례/치료 관리자의 이름 및 전화번호:		
받은 서비스의 카테고리 선택(서비스가 아래에 나열되어 있어야 환급 가능): <input type="checkbox"/> 비만 수술 <input type="checkbox"/> 복합 위 수술 <input type="checkbox"/> 복합 흉부 수술 <input type="checkbox"/> 백혈병/림프종 입원환자 화학요법 <input type="checkbox"/> 입원환자 일반 급성 소아과 또는 입원환자 특별 소아과(NICU 및 PICU 직접 입원 제외) <input type="checkbox"/> 외래 소아 혈액학 및 종양학 <input type="checkbox"/> 좌심실, 우심실 또는 양심실 보조 장치(LVAD, RVAD 또는 BiVAD) <input type="checkbox"/> 이식 신장 절제		방문 목적(해당 항목 모두 선택): <input type="checkbox"/> 상담 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 추적관찰 <input type="checkbox"/> 수술 전 검진 <input type="checkbox"/> 수술 후 검진
회원이 입원했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우 회원의 입원에 대한 정보를 아래에 기재하십시오. 입원 날짜: _____ 퇴원 날짜: _____		
외래환자 예약 날짜:		
교통편(영수증 필요): • 일반 교통편(예: 버스, 렌터카, 자가용 등): _____ • 회원이 자택과 치료 서비스 장소를 오간 왕복 방문 횟수는 얼마입니까? _____		
숙박(영수증 필요): • 회원이 숙박해야 했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 날짜: _____ • 회원의 동행인/간병인이 숙박해야 했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 날짜: _____ 동행인/간병인의 이름: _____		
퇴원(자택 복귀) 직전 예약 날짜: _____ 회원이 자택으로 복귀한 날짜: _____		
회원 서명:		날짜:

본 양식과 항목별 영수증 원본의 사본을 아래와 같이 여행 및 숙박 코디네이터에게 제출하십시오.

미국 우편	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging - Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612
이메일(PDF 파일로 제출)	NCAL-TravelandLodging@kp.org
팩스	510-873-5388

차별 금지에 관한 고지

차별은 법에 위배됩니다. Kaiser Permanente는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

Kaiser Permanente는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 법에 위배되는 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격이 있는 수화 통역사
 - ◆ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격을 갖춘 통역사
 - ◆ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, 매일 24시간 언제든지(법정 공휴일은 제외) **1-800-464-4000 (TTY 711)**번으로 저희 가입자 서비스 연락 센터에 전화하십시오. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 **711**번으로 전화하십시오.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으시려면, 가입자 서비스 연락 센터에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, Kaiser Permanente 측에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서 (*Evidence of Coverage*) 또는 보험 증서 (*Certificate of Insurance*) 를 참조해 주십시오. 귀하는 또한 귀하에게 적용되는 옵션에 대해 가입자 서비스 담당자와 상담하실 수 있습니다. 이의 제기에 도움이 필요하신 경우, 가입자 서비스로 전화하십시오.

이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** 하루 24시간, 주 7일(법정 공휴일은 제외) 운영되는 가입자 서비스 전화 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 문의하십시오.
- **우편:** **1 800-464-4000 (TTY 711)**번으로 전화하여 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.

- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 kp.org/facilities에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 kp.org에서 온라인 양식을 이용하십시오.

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다:

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

캘리포니아 보건부 (Department of Health Care Services)의 민권 사무실에 불만을 제기하는 방법 (Medi-Cal 수혜자 전용)

또한 캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화: 916-440-7370 (TTY 711)** 번으로 보건부 (Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 편지 발송:

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019 (TTY 711 또는 1-800-537-7697)**으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 서신 발송:

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

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

- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 방문