

交通及住宿補償

在您地區內的某些專科服務

如果您是Kaiser Permanente Northern California會員，並且被轉介到在您地區內距離您住家50英里以上的特定保健服務，我們向您償還特定的交通及住宿費用。

資格覆核單

請開始回答下列問題，瞭解您是否有資格申請在某些專科服務計劃下的交通及住宿補償。

會員的居住地區為北加州？	☐ 是	☐ 否
所提供的服務是否在北加州內？	☐ 是	☐ 否
您的服務是否為下列的合格專科服務之一？ • 減重手術 • 複雜的胃部手術 • 複雜胸部手術 • 一般急性兒科住院或專科兒科住院，不包括直接住院到新生兒加護病房 (NICU)和兒科加護病房(PICU) • 血液與腫瘤兒科門診 • 白血病/淋巴瘤住院化療 • 左心室輔助裝置 (Left Ventricular Assist Device, LVAD)、右心室輔助裝置 (Right Ventricular Assist Device, RVAD) 或雙心室輔助裝置 (Biventricular Assist Device, BiVAD) • 移植腎切除術	☐ 是	☐ 否
會員是否由Kaiser Permanente醫師轉介到該項服務？	☐ 是	☐ 否
會員所接受的該項服務提供地點是否距離他們的住家50英里或以上？	☐ 是	☐ 否
您可以提交適當的交通及住宿費用憑證，例如明細收據嗎？	☐ 是	☐ 否

如果上列有任何問題您的回答為否，您則不符合本計劃的資格且不應使用隨附的申請表申請補償。

請造訪網站kp.org/specialty-care/travel-reimbursements，了解有關其他可能可用的交通及住宿計劃資訊。

如果上列所有問題您均回答為是，您則符合在某些專科服務計劃下的交通及住宿補償資格，您可以提交隨附的申請表。填寫申請表之前請務必閱讀隨附的常見問題。您可以在下列網站找到更多資訊
kp.org/specialty-care/travel-reimbursements。

(續下頁)

關於交通及住宿補償的常見問答

我如何提交理賠請求？

- 填寫全套資料包中的補償申請表。
- 為避免處理延遲，我們需要您全名的正確拼寫，以及您當前的電郵地址及電話號碼。
- 請務必確保本計劃會員服務聯絡中心有您目前有效的住宅郵寄地址。您可致電會員服務聯絡中心以查驗或變更您的郵寄地址，電話：**1-800-464-4000 (TTY 711)**，每週七天，每天24小時（節假日休息）。支票僅可郵寄至您已在本計劃存檔備案的地址。
- 請將您原始明細收據的副本與申請表格一同提交，並留存一份副本以作記錄。請提供您所接受服務的原始明細收據之副本（例如：請提交旅館開具的明細帳單，而非信用卡收據或信用卡對帳單）。

哪些開支費用可以報銷？

- 在本表中確定列出的合格交通與住宿費用，加上在距離會員居家50英里以上地點提供之某些專科服務的明細收據
- 您與一位看護人/陪同者從您家至某個轉介機構的往返交通費用；對於所有具有醫療上必要的服務前、服務期間和服務後的就診，每一次往返交通費最高限額為\$200*
- 對於您與一位看護人/陪同者在轉介中所列期限內的住宿費（每1房間租用費加上稅），最高限額為每天\$150

哪些費用可以還款？

- 在距離會員居家不到50英里內地點提供之服務的交通與住宿費用
- 超過1位看護人/陪同者的交通費與個人開支
- 食物或飲料
- 非處方藥物與個人醫療護理用品
- 每日往返轉介機構的交通費*
- 電話費及網際網路服務費
- 房間租用費與稅款以外的住宿費用，例如客房送餐服務、小冰箱和電影等

我何時可以獲得還款支票？

- 在收到所有必要文件後，我們大約將於8週後向您寄送報銷付款支票。
- 我們將把付款支票寄送至您已在本計劃會員服務聯絡中心存檔備案的地址。
- 如果看護人/陪同人仍有欠款，這些款項也會包含在支票中。
- 您需負責為該看護人/陪同人支付款項。

*若您是Medi-Cal計劃會員，將為您提供更多的交通服務選擇。若需詳細資訊，請致電會員服務聯絡中心，電話號碼是**1-800-464-4000 (TTY 711)**。

（續下頁）

取得更多協助

 對於涉及交通與住宿或者補償表的一般問題： 致電交通和住宿協調員： 510-987-4650。	 若需查詢費用報銷處理狀態： 如果在您收到補償核准信函日期之後8星期尚未收到您的補償，請致電交通和住宿協調員：510-987-4650。
 若需詳細資訊，請瀏覽網站，網址是 kp.org/specialty-care/travel-reimbursements。	

使用此表申請報銷與本表列出的某些專科服務相關的合格交通與住宿費用。請提供下方有關已接受合格服務之會員資訊。

會員姓名：		出生日期：
郵寄地址：		
市/州/郵遞區號：		電子郵件地址：
醫療記錄編號：	電話號碼：	其他聯絡號碼：
提供服務的醫生姓名：		
提供服務的機構名稱：		
個案/保健經理姓名與電話號碼：		
請選擇已接受服務類別（服務必須為下列項目才符合補償資格）： ☐ 減重手術 ☐ 複雜的胃部手術 ☐ 複雜胸部手術 ☐ 白血病/淋巴瘤住院化療 ☐ 住院病人的一般性兒科急症或專科治療（不包括新生兒加護病房(NICU)及兒科重症加護室(PICU)） ☐ 血液與腫瘤兒科門診 ☐ 左心室輔助裝置 (Left Ventricular Assist Device, LVAD)、右心室輔助裝置 (Right Ventricular Assist Device, RVAD) 或雙心室輔助裝置 (Biventricular Assist Device, BiVAD) ☐ 移植腎切除術	就診目的（選擇所有適用項）： ☐ 諮詢 ☐ 治療 ☐ 外科 ☐ 跟進護理 ☐ 手術前 ☐ 手術後	
會員是否曾在醫院過夜？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，請提供下方有關會員住院的資訊。 住院日期：_____ 出院日期：_____		
門診約診日期：_____		
交通（需要收據）： • 交通方式（如公車、租賃汽車、私人汽車等）：_____ • 會員在住宅與治療服務地點之間進行了幾次往返就診？_____		
住宿（需要收據）： • 會員是否需要住宿？ ☐ 是 ☐ 否 日期：_____ • 會員的陪同者/看護人是否需要住宿？ ☐ 是 ☐ 否 日期：_____ 陪同者/看護人姓名：_____		
在允許出院返家之前的最後一次約診日期：_____ 會員返家日期：_____		
計畫成員簽名：	日期：_____	

請透過以下方式將表格及原始明細收據的副本提交給本計劃的交通與住宿協調員：

美國郵政	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging - Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612
採用電子郵件方式傳送PDF格式文件	NCAL-TravelandLodging@kp.org
傳真	510-873-5388

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話：**打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄：**打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出：**在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：**使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限*Medi-Cal*受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019**（TTY 711或1-800-537-7697）
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。