Kaiser Permanente Northern California

# 交通及住宿補償

## 在您地區內的選定專科服務

如果您是 Kaiser Permanente Northern California 會員，並且被轉介到北加州內任何距離您住家 50 英里以上地方的特定保健服務，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選定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？<br>• 減肥手術<br>• 複雜的胃部手術<br>• 複雜的胸部手術<br>• 一般兒科急性住院或兒科專科住院，不包括直接入住到新生兒加護病房 (NICU) 和兒科加護病房 (PICU)<br>• 血液與腫瘤兒科門診<br>• 白血病/淋巴瘤住院化療<br>• 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)<br>• 移植腎切除術<br>• 胰臟切除術<br>• 膀胱切除術<br>• 食道切除術<br>• 肝切除術<br>• Heller 氏肌肉切開術 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 會員是否由 Kaiser Permanente 醫生轉介到該項服務？ | ☐ 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，**您則符合在選定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)*

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Northern California

# 關於交通及住宿補償的常見問答

## 我如何提交索賠請求？

- 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，以及您當前在本計劃存檔備案的電子郵件地址 及電話號碼。
- 請務必確保會員服務部有您目前有效的住宅郵寄地址。您可致電會員服務部以查驗或變更您的郵寄地址，電話：**1-800-464-4000** (TTY **711**)，每週 7 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 英里或以上 (單程) 地點提供之選定專科服務的明細收據
- 您和一位看護人/陪同者從您家到轉介設施的往返計程車或同等共乘、公車、火車或私人車輛里程，對於所有醫療上必要的服務前、服務中、服務後就醫，每趟往返最多補償 $200*
- 租賃汽車和過橋費 (附收據)
- 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

## 哪些費用不可以報銷？

- 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、會員處方或共付額和個人醫療護理用品，即使這些是經由您的醫生所建議。
- 每日往返 轉介機構的交通費*
- 個人/陪同者車輛和/或租賃汽車的汽油
- 停車費
- 電動車充電費
- 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， 例如病房送餐服務、小冰箱和電影等
- 若選定專科服務不在合格服務清單內 (請參閱下一頁表格)，則無法獲得交通及住宿費的報銷。
- 請勿在表格上添加手寫註記或其他醫療程序。
- 有關所有無法獲得報銷的項目，請參閱主網站選定專科服務下的「不受保項目」。

## 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 (包括 CA Children's Services 和 Whole Child Model)，將為您提供更多的交通服務選擇。若需詳細資訊，請致電會員服務部，電話：**1-800-464-4000** (TTY **711**)。

*(續下頁)*

KAISER PERMANENTE®

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Northern California
選定專科服務的交通與住宿補償申請表

使用此表申請報銷與本表列出的選定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。

| | |
|---|---|
| 患者姓名 | 患者的出生日期 |
| 患者的郵寄地址 | |
| 患者的市 / 州 / 郵遞區號 | 患者的醫療紀錄編號： |
| 電話號碼 (任何) | 電子郵件位址 (任何) |
| 父母/陪同者/看護人姓名 (如適用) | |
| 提供服務的醫生姓名 (如已知) | |
| 提供服務的機構名稱/地點 | |
| KP 個案/保健經理姓名/電話號碼 (如已知) | |

必填項：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)

- ☐ 減肥手術
- ☐ 複雜的胃部手術
- ☐ 複雜的胸部手術
- ☐ 膀胱切除術
- ☐ 食道切除術
- ☐ 一般兒科急性住院或兒科專科住院 (不包括直接入住到 NICU 及 PICU)
- ☐ Heller 氏肌肉切開術
- ☐ 肝切除術
- ☐ 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)
- ☐ 血液與腫瘤兒科門診
- ☐ 胰臟切除術
- ☐ 移植腎切除術

必填項：就診目的 (選擇所有適用項)

- ☐ 諮詢
- ☐ 跟進
- ☐ 手術後
- ☐ 手術前
- ☐ 門診手術 (無需醫院過夜)
- ☐ 住院手術 (在醫院過夜)
- ☐ 治療

患者是否在醫院過夜？☐ 是。如果是，請在下一頁提供所有住院和出院日期。

| | |
|---|---|
| 住院日期#1 _____ | 住院日期 #2 (如適用) _____ |
| 出院日期 #1 _____ | 出院日期 #2 (如適用) _____ |

患者是否當天進行門診手術？ ☐ 是。如果是，請在下一頁提供其 1 天的住院和出院日期。

門診約診日期。請僅列出從患者家中直接往返醫療中心的日期。在下一頁輸入所有門診日期。

交通接送：所有來源僅在患者的居住地址和醫療中心之間。
需要收據。 ☐ 巴士 ☐ 美鐵 ☐ 租賃汽車 ☐ 計程車、Uber、Lyft、交通車服務
不需要加油收據。 ☐ 患者私人汽車 ☐ 父母/陪同者/看護人私人汽車

患者在住宅與治療服務地點之間進行了幾次往返就診？
_____ (不可報銷：往返住宿地點、醫療中心或其他機構)

Kaiser Permanente Northern California

| |
|---|
| 住宿：需要收據。請於下一頁提供所有住宿日期。<br>患者是否需要住宿？☐是　日期：_____　日期：_____<br>父母/陪同者/看護人是否需要住宿？☐是　日期：_____　日期：_____ |
| |
| 患者在允許出院返家之前的最後一次約診日期：_____ |
| 患者返家日期：_____ |

Kaiser Permanente Northern California

**專科醫生服務核對清單**

- ☐ **住宿收據**： 請確保您的住宿發票/明細顯示飯店名稱、地址、每日房價、稅金和度假村費。
- ☐ **過橋費收據**： 請檢查您的收據是否顯示通行費日期、金額以及是否已支付。可以接受 FasTrak 過橋費報表。
- ☐ **租賃汽車收據**： 請檢查您的收據是否顯示取車/還車日期，以及標準規格租金的支付金額。
- ☐ **Google 地圖**： 顯示從患者住家到醫療中心的最遠距離。

- **所有收據必須為 PDF 格式**
- **請勿將表格、收據或地圖嵌入郵件內文之中**

請在下面添加其他評論，或在您的電子郵件或單獨頁面上添加資訊。

請透過以下方式將此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：

| | |
|---|---|
| 採用電子郵件方式傳送 PDF 格式文件 | NCAL-TravelandLodging@kp.org |
| 傳真 | 1-866-241-4785 |

**補充評論：**

2024 年 3 月

Kaiser Permanente Northern California

## 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：
**(925) 598-2720**；遵循提示操作。

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 週尚未收到您的補償，請致電交通和住宿協調員：**(925) 598-2720**；遵循提示操作。

如需更多資訊，請造訪網站
**https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/get-care/travel-lodging-guidelines#specialty-services**

Kaiser Permanente Northern California

| 門診日期：<br><br>請列出從患者家中直接往返醫療中心的所有日期。 | 醫院過夜：<br><br>請列出患者的所有住院和出院日期區間。 | 門診手術日期：<br><br>請列出患者因其手術而於當天住院和出院的所有日期。 |
|---|---|---|
| 若患者曾在不同的機構接受醫療護理，請註明各醫療機構的名稱和其對應的日期。 | | |
| | | |
| | | |
| 住宿資訊 (需要收據) 若某欄位不適用，請在「僅限患者」或「父母/陪同者/看護人」方框內填寫不適用 (N/A) | | |
| 僅限患者 | 辦理入住 | 辦理退房 |
| 父母/陪同者/看護人 | 辦理入住 | 辦理退房 |
| | | |
| 補充評論 | | |

簽名： ☐ 會員 ☐ 父母/陪同者/看護人 日期