

بازپرداخت هزینه سفر و اقامت

خدمات تخصصی را در منطقه خود انتخاب کنید

اگر شما عضو Kaiser Permanente Southern California هستید و در منطقه خود، برای برخی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به مسافت ۵۰ مایلی یا دورتر از خانه خود مراجعه کرده‌اید، ما برخی از هزینه‌های سفر و اقامت را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

چک‌لیست واجد شرایط بودن

لطفاً با پاسخ دادن به سؤالات زیر شروع کنید تا دریابید که آیا واجد شرایط درخواست بازپرداخت هزینه سفر و اقامت تحت برنامه خدمات تخصصی انتخابی هستید یا خیر.

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا کالیفرنیا جنوبی، منطقه محل سکونت عضو مورد نظر است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا این خدمات در کالیفرنیا جنوبی ارائه شده است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا خدمات شما یکی از خدمات تخصصی واجد شرایط ذکر شده در زیر است؟ <ul style="list-style-type: none"> • جراحی چاقی • جراحی پیچیده معده • جراحی پیچیده قفسه سینه • بخش عمومی اطفال یا بخش ویژه بستری کودکان، به غیر از پذیرش مستقیم در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) و بخش مراقبت‌های ویژه کودکان (PICU) • هماتولوژی و آنکولوژی سرپایی کودکان • شیمی درمانی بیماران بستری مبتلا به لوسمی/لنفوم • دستگاه کمکی بطن چپ، بطن راست یا دو بطن (BiVAD، RVAD، LVAD) • پیوند نفرکتومی
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا این عضو توسط پزشک Kaiser Permanente برای دریافت این خدمات معرفی شده است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا خدماتی که عضو دریافت کرده است، در فاصله ۵۰ مایلی یا دورتر از خانه وی بوده است؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا می‌توانید اسناد و مدارک مناسبی از هزینه‌های سفر و اقامت، مانند رسید دقیق اقلام ارائه دهید؟

اگر پاسخ شما به هر یک از سؤالات فوق «خیر» باشد، شما واجد شرایط این برنامه نیستید و نباید با استفاده از فرم درخواست پیوست‌شده درخواست بازپرداخت دهید.

لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره سایر برنامه‌های سفر و اقامت موجود، از سایت kp.org/specialty-care/travel-reimbursements بازدید کنید.

اگر پاسخ شما به همه از سؤالات فوق «بله» باشد، واجد شرایط دریافت هزینه سفر و اقامت تحت برنامه انتخاب خدمات ویژه هستید و می‌توانید فرم درخواست پیوست‌شده را ارسال کنید. لطفاً قبل از تکمیل برنامه حتماً سؤالات متداول را بخوانید. شما می‌توانید اطلاعات بیشتر را در kp.org/specialty-care/travel-reimbursements بیابید.

(ادامه در صفحه بعد)

سوالات متداول در مورد بازپرداخت هزینه سفر و اقامت

چگونه می‌توانم درخواست مطالبه کنم؟

• فرم درخواست بازپرداخت موجود در بسته خود را پر کنید.

• برای جلوگیری از تأخیر، ما به املائی صحیح نام و نام خانوادگی و آدرس ایمیل و شماره تلفن(های) فعلی شما در پرونده نیاز داریم.

• لطفاً مطمئن شوید که «مرکز تماس با خدمات اعضا»، آدرس پستی خانه فعلی شما را در اختیار دارد. شما می‌توانید برای تأیید یا تغییر آدرس پستی خود، با شماره ۴۰۰-۴۶۴-۸۰۰-۱ (TTY ۷۱۱) در ۲۴ ساعت شبانه‌روز، ۷ روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل رسمی) با مرکز تماس با خدمات اعضا تماس بگیرید. چک‌ها فقط می‌توانند به آدرسی که در پرونده دارید ارسال شوند.

• یک نسخه از رسید دقیق اقلام را با فرم درخواست خود ارسال کنید، و یک نسخه را به عنوان مدرک نزد خود نگهدارید. لطفاً نسخه‌هایی از دریافت‌های اصلی خود را برای خدمات ارائه دهید (به عنوان مثال، صورتحساب اصلی موجود را از هتل تهیه کنید تا یک کارت اعتباری یا بیانیه کارت اعتباری).

چه هزینه‌هایی قابل بازپرداخت است؟

• هزینه‌های واجد شرایط سفر و اقامت مشخص شده در این فرم، با رسید دقیق اقلام برای خدمات تخصصی انتخابی ارائه شده در فاصله ۵۰ مایلی یا بیشتر از خانه عضو مورد نظر

• هزینه سفر رفت و برگشت برای شما و یک مراقب/همراه، از خانه شما به مرکز ارجاع داده شده، تا سقف ۲۰۰ دلار در هر سفر رفت و برگشت برای تمامی ویزیت‌های ضروری پزشکی قبل از ارائه خدمات، در حین ارائه خدمات و پس از خدمات*

• هزینه اقامت شما و یک مراقب/همراه، برای ۱ اتاق به علاوه مالیات، حداکثر ۱۵۰ دلار در روز، برای مدت زمان ارجاع تعیین شده

کدام هزینه‌ها قابل بازپرداخت نیست؟

• هزینه‌های سفر و اقامت برای خدمات ارائه شده در فاصله کمتر از ۵۰ مایل از خانه عضو

• هزینه‌های سفر و هزینه‌های شخصی برای بیش از ۱ مراقب/همراه

• هزینه غذا یا نوشیدنی

• هزینه داروهای بدون نسخه و موارد مراقبت شخصی

• هزینه رفت و برگشت روزانه به محل ارجاع داده شده*

• هزینه تماس‌های تلفنی و خدمات اینترنتی

• هزینه‌های اقامت، به غیر از اتاق و مالیات، مانند سرویس اتاق، مینی بار و فیلم‌ها

چه موقع چک بازپرداخت خود را دریافت خواهیم کرد؟

• ما پس از دریافت همه مدارک لازم، حدوداً بعد از ۸ هفته چک بازپرداخت شما را ارسال خواهیم کرد.

• ما یک چک را به آدرسی که در پرونده موجود در مرکز تماس خدمات اعضا دارید ارسال می‌کنیم.

• اگر به مراقب/همراه مبلغی پرداخت شود، در چک منظور می‌شود.

• شما مسئول بازپرداخت به مراقب/همراه هستید.

*اگر عضو Medi-Cal هستید، گزینه‌های حمل و نقل بیشتری در دسترس شما است. لطفاً برای اطلاعات بیشتر با مرکز تماس با خدمات عضو، به شماره ۴۰۰-۴۶۴-۸۰۰-۱ (TTY ۷۱۱) تماس بگیرید.

<p>برای بررسی وضعیت بازپرداخت خود:</p> <p>اگر ۸ هفته پس از تاریخ دریافت نامه تأیید بازپرداخت خود، چک بازپرداخت خود را دریافت نکرده‌اید، با مسئول هماهنگ‌کننده سفر و اقامت به شماره ۶۰۵-۴۰۵-۶۲۶ تماس بگیرید.</p>	<p>برای سوالات کلی در مورد سفر و اقامت یا فرم بازپرداخت:</p> <p>با مسئول هماهنگ‌کننده سفر و اقامت به شماره ۶۰۵-۴۰۵-۶۱۶۲ تماس بگیرید.</p>
	<p>برای کسب اطلاعات بیشتر، به kp.org/specialty-care/travel-reimbursements مراجعه کنید.</p>

از این فرم برای درخواست بازپرداخت هزینه‌های سفر و اقامت و اجد شرایط خدمات ویژه انتخابی که در این فرم مشخص شده‌اند استفاده کنید. لطفاً برای
 عضوی که خدمات و اجد شرایط دریافت کرده است، اطلاعات زیر را ارائه دهید.

نام عضو:		تاریخ تولد:	
آدرس پستی:			
شهر/ایالت/کد پستی:		آدرس ایمیل:	
شماره پرونده پزشکی:		شماره تلفن:	
شماره جایگزین:			
نام پزشک ارائه‌دهنده خدمات:			
محلی که در آن خدمات انجام شده است:			
نام و شماره تلفن مدیر پرونده/مراقب:			
گروه خدمات دریافتی را انتخاب کنید (خدمات باید در زیر ذکر شود تا واجد شرایط بازپرداخت باشد):		هدف از ویزیت (همه مواردی که اعمال می‌شود را انتخاب کنید):	
<input type="checkbox"/> جراحی چاقی <input type="checkbox"/> جراحی پیچیده معده <input type="checkbox"/> جراحی پیچیده قفسه سینه <input type="checkbox"/> شیمی درمانی بیمار ان بستری مبتلا به لوسمی/لنفوم <input type="checkbox"/> بخش عمومی اطفال یا بخش ویژه بستری کودکان، (به غیر از پذیرش مستقیم در بخش NICU و بخش PICU) <input type="checkbox"/> هماتولوژی و آنکولوژی سرپایی کودکان <input type="checkbox"/> دستگاه کمکی بطن چپ، بطن راست یا دو بطن (RVAD، LVAD یا BiVAD) <input type="checkbox"/> پیوند نفرکتومی		<input type="checkbox"/> مشاوره <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> پیگیری <input type="checkbox"/> قبل از عمل <input type="checkbox"/> پس از عمل	
آیا عضو، شب در بیمارستان ماند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را در مورد بستری بودن عضو ارائه دهید. تاریخ پذیرش: _____ تاریخ ترخیص: _____			
تاریخ‌های ملاقات سرپایی:			
حمل و نقل (ارائه رسید الزامی است): • روش حمل و نقل (به‌عنوان مثال، اتوبوس، اتومبیل اجاره‌ای، ماشین شخصی و غیره): _____ • عضو برای درمان، چند بازدید رفت و برگشت از خانه و محل خدمات انجام شده است؟ _____			
اقامت (ارائه رسید الزامی است): • آیا عضو نیاز به اقامت داشت؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ: _____ • آیا همراه/مراقب عضو نیاز به اقامت داشت؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ: _____ نام همراه/مراقب: _____			
تاریخ آخرین قرار ملاقات قبل از مرخص شدن برای بازگشت به خانه: _____ تاریخ بازگشت به خانه: _____			
امضاء عضو:		تاریخ:	

این فرم و یک نسخه از رسید دقیق اقلام اصلی را از روش‌های زیر به مسئول هماهنگ‌کننده سفر و اقامت ما ارسال کنید:

Kaiser Permanente Travel & Lodging: دست به دست 393 E. Walnut St., 7th Fl. Pasadena, CA 91188	خدمات پستی ایالات متحده
TravelandLodging@kp.org	به‌صورت یک فایل PDF ایمیل شود
1-855-245-6990	فکس

اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند.

Kaiser Permanente به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:

- ◆ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره

- ◆ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)

- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:

- ◆ مترجمان شفاهی حرفه‌ای

- ◆ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید (TTY 711). ساعات پاسخگویی: 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز). در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره **711** تماس بگیرید.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرم الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بود یا به روشی دیگر تبعیضی غیرقانونی قائل شد، می‌توانید نارضایتی از تبعیض نزد Kaiser Permanente طرح کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح *(Evidence of Coverage)* یا گواهی بیمه *(Certificate of Insurance)* خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید در مورد گزینه‌های مربوط به خود، با یکی از نمایندگان خدمات اعضا صحبت کنید. اگر در تنظیم نارضایتی به کمک نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها تسلیم نمایید:

- به صورت تلفنی: می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز) با مرکز خدمات اعضای به شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرید

- از طریق پست: از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال شود

- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید)

- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید

همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده‌های حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

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

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)
همچنین به‌صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به‌صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) به شماره **(916-440-7370)** (TTY 711)
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد:

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

- آنلاین: ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده
می‌توانید شکایتی در رابطه با تبعیض نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده طرح کنید. شکایت خود را می‌توانید به‌صورت کتبی، از طریق تلفن یا به‌صورت آنلاین طرح کنید:

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019** (TTY 711) یا **1-800-537-7697**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

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

- آنلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>