

Возмещение расходов на транспорт и жилье

Доступные специализированные услуги в Вашем регионе

Если Вы участвуете в программе Kaiser Permanente Southern California и направляетесь для оказания определенных медицинских услуг за 80 км или более от Вашего дома в пределах Вашего региона, мы возместим Вам определенные расходы на транспорт и жилье.

Контрольный список соответствия критериям

Начните с ответа на вопросы ниже, чтобы узнать, имеете ли Вы право на возмещение расходов на транспорт и жилье по программе доступных специализированных услуг.

Живет ли участник в южной Калифорнии?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Была ли услуга оказана в южной Калифорнии?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Входит ли услуга в перечень соответствующих критериям специализированных услуг, указанных ниже? <ul style="list-style-type: none"> • Бариатрическая хирургия • Сложная гастральная хирургия • Сложная торакальная хирургия • Общая стационарная острая педиатрия или специализированная стационарная педиатрия, кроме прямой госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных (ОИТН) и детское отделение интенсивной терапии (ДОИТ) • Амбулаторная детская гематология и онкология • Химиотерапия при лейкемии или лимфоме в условиях стационара • Устройство поддержки левого желудочка, устройство поддержки правого желудочка или бивентрикулярное устройство поддержки (УПЛЖ, УППЖ, БиУП) • Нефрэктомия трансплантата 	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Назначил ли участнику услугу врач из Kaiser Permanente?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Была ли услуга, которую получил участник, оказана за 80 км или более от дома?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Можете ли Вы предоставить соответствующую документацию о расходах на транспорт и жилье, такую как детализированные квитанции?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Если Вы ответили **НЕТ** на **ЛЮБОЙ** из указанных выше вопросов, Вы не можете претендовать на участие в программе и запрашивать возмещение с использованием прилагаемой формы заявления.

Зайдите на kp.org/specialty-care/travel-reimbursements для получения информации о других доступных программах возмещения расходов на транспорт и жилье.

Если Вы ответили **ДА** на **ВСЕ** указанные выше вопросы, Вы можете претендовать на возмещение расходов на транспорт и жилье по программе доступных специализированных медицинских услуг и можете подать прилагаемую форму заявления. Перед заполнением заявления изучите прилагаемый список часто задаваемых вопросов. Больше информации можно найти на kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.

(продолжение на следующей странице)

Часто задаваемые вопросы о возмещении расходов на транспорт и жилье

Как подать иск о выплате возмещения?

- Заполните запрос о возмещении, входящий в пакет документации.
- Во избежание задержек нам требуется правильное написание Ваших Ф. И. О., текущего адреса электронной почты и номера телефона.
- Убедитесь, что в контактном центре для участников есть Ваш текущий почтовый адрес. Вы можете позвонить в контактный центр для участников, чтобы проверить или изменить свой почтовый адрес, по номеру телефона **1-800-464-4000** (телетайп 711). Телефонная линия работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздников). Анкеты направляются только на адрес, указанный в документации.
- Отправьте копию оригинальных детализированных квитанций вместе с формой запроса и оставьте копию у себя. Предоставьте копию оригинальных детализированных квитанций за услуги (например, предоставьте оригинальный детализированный счет за отель, а не выписку по кредитной карте).

Какие расходы могут быть возмещены?

- Приемлемые расходы на транспорт и жилье, определенные в этой форме, с приложением детализированных квитанций за доступные специализированные услуги, оказанные за 80 миль и более от дома участника
- Стоимость билетов в оба конца за Вас и опекуна или компаньона из дома до указанного места и обратно, до 200 долларов США за поездку в оба конца для всех необходимых по медицинским причинам визитов перед оказанием услуги, во время оказания услуги и после оказания услуги*
- Стоимость проживания за Вас и опекуна или компаньона, за 1 номер плюс налог, до 150 долларов США в сутки, на период, указанный в направлении

Какие расходы не могут быть возмещены?

- Расходы на транспорт и жилье, понесенные при оказании услуг менее чем за 80 км от дома участника
- Расходы на транспорт и жилье за нескольких опекунов или компаньонов
- Расходы на питание
- Безрецептурные лекарственные средства и туалетные принадлежности
- Ежедневные поездки в указанное в направлении место и обратно*
- Телефонные звонки и Интернет
- Расходы на проживание, кроме расходов на номер и налог, такие как уборка в номере, минибар и ТВ-каналы




Когда я получу чек на возмещение?

- Мы отправим чек на возмещение приблизительно через 8 недель после получения всех необходимых документов.
- Мы отправим один чек на адрес, указанный в документах в контактном центре для участников.
- Если опекуну или компаньону причитаются какие-либо денежные средства, они будут включены в чек.
- За возмещение опекуну или компаньону отвечаете Вы.

*Если Вы участвуете в программе Medi-Cal, у Вас больше доступных вариантов передвижения. Для получения дополнительной информации позвоните в контактный центр для участников по номеру **1-800-464-4000** (телетайп 711).

(продолжение на следующей странице)

Для получения помощи

 <p>При возникновении общих вопросов, касающихся расходов на транспорт и жилье или формы возмещения:</p> <p>Позвоните координатору по поездкам и жилью по номеру 626-405-6162.</p>	 <p>Для проверки статуса Вашего возмещения:</p> <p>Если Вы не получили возмещение через 8 недель после даты получения письма с подтверждением возмещения, позвоните координатору по поездкам и жилью по номеру 626-405-6162.</p>
 <p>Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.</p>	

Используйте эту форму для запроса возмещения приемлемых расходов на транспорт и жилье за доступные специализированные услуги, определенные в этой форме. Ниже укажите информацию об участнике, получившем услуги.

Ф. И. О. участника:		Дата рождения:	
Почтовый адрес:			
Город, штат, почтовый индекс:		Адрес электронной почты:	
Номер медицинской карты:	Номер телефона:	Дополнительный номер:	
Имя врача, оказавшего услугу:			
Учреждение, где была оказана услуга:			
Ф. И. О. и номер телефона специалиста по ведению пациентов или специалиста по медицинскому обслуживанию:			
Выберите категорию полученной услуги (услуга должна быть указана в перечне возмещаемых услуг): <input type="checkbox"/> Бариатрическая хирургия <input type="checkbox"/> Сложная гастральная хирургия <input type="checkbox"/> Сложная торакальная хирургия <input type="checkbox"/> Химиотерапия при лейкемии или лимфоме в условиях стационара <input type="checkbox"/> Общая стационарная острая педиатрия или специализированная стационарная педиатрия (кроме прямой госпитализации в ОИТН и ДОИТ) <input type="checkbox"/> Амбулаторная детская гематология и онкология <input type="checkbox"/> Устройство поддержки левого желудочка, устройство поддержки правого желудочка или бивентрикулярное устройство поддержки (УПЛЖ, УППЖ, БиУП) <input type="checkbox"/> Нефрэктомия трансплантата		Цель визита (выберите все, что применимо): <input type="checkbox"/> Консультация <input type="checkbox"/> Лечение <input type="checkbox"/> Операция <input type="checkbox"/> Повторный прием <input type="checkbox"/> Подготовка к операции <input type="checkbox"/> Послеоперационное наблюдение	
Оставался ли участник на ночь в больнице? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите информацию о пребывании участника в стационаре.			
Дата поступления:		Дата выписки:	
Даты амбулаторных приемов:			
Транспортные расходы (приложите квитанции): • Способ передвижения (например, автобус, арендованный автомобиль, личный автомобиль и т. д.): _____ • Сколько поездок совершил участник от дома до места лечения и обратно? _____			
Расходы на жилье (приложите квитанции): • Потребовалось ли участнику жилье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Даты: _____ • Потребовалось ли компаньону или опекуну жилье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Даты: _____ Имя лица, осуществляющего уход/компаньона: _____			
Дата последнего приема перед отправкой домой: _____ Дата возвращения участника домой: _____			
Подпись участника:		Дата:	

Отправьте эту форму и копию оригинальных детализированных квитанций нашему координатору по поездкам и жилью:

Почтовой службой США	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging 393 E. Walnut St., 7th Fl. Pasadena, CA 91188
По электронной почте в формате PDF	TravelandLodging@kp.org
По факсу	1-855-245-6990

Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Kaiser Permanente соблюдает федеральные гражданские законы и законы штата.

Kaiser Permanente не нарушает закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
 - ◆ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - ◆ письменную информацию в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в аудио формате, доступном цифровом и другом формате).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
 - ◆ услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - ◆ информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно (кроме праздничных дней). Если вы плохо слышите или испытываете трудности с речью, пожалуйста, звоните по номеру **711**.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к брошюрам *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage)* или *Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)* Вы также можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания участников, чтобы выбрать относящийся к вашему случаю вариант действий. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, позвоните в отдел обслуживания участников.

Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- По телефону: позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТTY **711**) круглосуточно, ежедневно (за исключением праздничных дней).
- По почте: позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (линия ТTY **711**) и попросите, чтобы вам прислали соответствующую форму.
- Лично: заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте kp.org/facilities, чтобы узнать адрес).
- Онлайн: используйте онлайн-форму на нашем веб-сайте **kp.org**.

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресу:

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

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния *(только для получателей льгот программы Medi-Cal)*

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте:

- По телефону: позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (линия ТTY **711**)
- По почте: заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

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

Найти форму жалобы можно на странице:

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

- Онлайн: отправьте электронное сообщение на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия ТТУ 711 или **1-800-537-7697**)

- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

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

Формы для подачи жалоб можно найти на странице

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

- **Онлайн:** посетите портал для подачи жалоб Отдела по гражданским правам:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.