

Bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại

Chọn các dịch vụ chuyên khoa trong khu vực của quý vị

Nếu quý vị là hội viên của Kaiser Permanente Southern California và được giới thiệu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vùng cách nhà của quý vị 50 dặm trở lên, chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị một số chi phí lưu trú và phương tiện đi lại.

Danh sách hội đủ điều kiện

Vui lòng bắt đầu bằng cách trả lời các câu hỏi bên dưới để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện được bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại theo chương trình dịch vụ chuyên khoa lựa chọn hay không.

Khu vực cư trú của thành viên có phải là Miền Nam California không?	☐ Có	☐ Không
Dịch vụ có được cung cấp trong khu vực Miền Nam California không?	☐ Có	☐ Không
Dịch vụ quý vị nhận được có phải là một trong các dịch vụ chuyên khoa đủ điều kiện nêu bên dưới không? • Phẫu thuật giảm béo • Phẫu thuật dạ dày phức tạp • Phẫu thuật lồng ngực phức tạp • Dịch vụ nhi khoa nội trú cấp tính thông thường hoặc nhi khoa nội trú chuyên khoa, ngoại trừ tiếp nhận trực tiếp vào khu chăm sóc sơ sinh đặc biệt (NICU) và khu chăm sóc nhi đặc biệt (PICU) • Huyết học và ung thư nhi khoa ngoại trú • Hóa trị liệu nội trú cho bệnh bạch cầu/ung thư hạch bạch huyết • Tĩnh mạch nhỏ trái, tĩnh mạch nhỏ phải hoặc thiết bị trợ giúp tạo nhịp tim hai thất (LVAD, RVAD, BiVAD) • Cắt ghép thận	☐ Có	☐ Không
Hội viên có được giới thiệu dịch vụ do bác sĩ của Kaiser Permanente thực hiện không?	☐ Có	☐ Không
Dịch vụ mà hội viên nhận được có ở tại vị trí cách nhà của hội viên 50 dặm trở lên không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có thể gửi giấy tờ phù hợp về chi phí lưu trú và phương tiện đi lại, chẳng hạn như biên nhận theo từng khoản không?	☐ Có	☐ Không

Nếu đã trả lời là **KHÔNG** cho **BẤT KỲ** câu hỏi nào ở trên, quý vị sẽ không đủ điều kiện tham gia chương trình này và không được đăng ký nhận khoản bồi hoàn theo biểu mẫu đăng ký đính kèm.

Vui lòng truy cập kp.org/specialty-care/travel-reimbursements để biết thông tin về các chương trình khác liên quan đến chi phí lưu trú và phương tiện đi lại hiện có.

Nếu đã trả lời là **CÓ** cho **TẤT CẢ** câu hỏi ở trên, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận được khoản bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại theo chương trình dịch vụ chuyên khoa lựa chọn và có thể gửi biểu mẫu đăng ký đính kèm. Hãy nhớ đọc phần câu hỏi thường gặp đính kèm trước khi hoàn thành biểu mẫu đăng ký. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang web kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.

(tiếp tục ở trang sau)

Câu hỏi thường gặp về khoản bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại

Tôi có thể gửi yêu cầu thanh toán bằng cách nào?

- Điền vào biểu mẫu yêu cầu bồi hoàn có trong tập tài liệu của quý vị.
- Để tránh chậm trễ, chúng tôi cần quý vị viết đúng chính tả tên đầy đủ, địa chỉ email và số điện thoại hiện tại trên hồ sơ.
- Vui lòng đảm bảo rằng Trung tâm Liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên có địa chỉ gửi thư hiện tại của nhà quý vị. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên của chúng tôi để xác minh hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24/24, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Chúng tôi chỉ gửi tiền theo đường bưu điện tới địa chỉ của quý vị trên hồ sơ.
- Gửi bản sao biên nhận theo từng khoản ban đầu của quý vị kèm theo biểu mẫu yêu cầu và giữ lại một bản sao cho hồ sơ của quý vị. Vui lòng cung cấp bản sao biên nhận theo từng khoản ban đầu của quý vị cho các dịch vụ (ví dụ: gửi hóa đơn theo từng khoản ban đầu mà khách sạn cung cấp chứ không phải là biên nhận thẻ tín dụng hay bằng sao kê thẻ tín dụng).

Những chi phí nào có thể được bồi hoàn?

- Các chi phí lưu trú và phương tiện đi lại đủ điều kiện được xác định trong biểu mẫu này, cùng với biên nhận theo từng khoản cho các dịch vụ chuyên khoa chọn lọc được cung cấp tại vị trí cách nhà của hội viên 50 dặm trở lên
- Phương tiện đi lại khứ hồi cho quý vị và một người chăm sóc/người đồng hành từ nhà đến cơ sở được giới thiệu, tối đa là \$200 mỗi chuyến đi khứ hồi cho tất cả chuyến đi trước, trong và sau khi nhận được dịch vụ y tế cần thiết*
- Chi phí lưu trú cho quý vị và một người chăm sóc/người đồng hành, chi phí cho 1 phòng cộng thuế tối đa là \$150/ngày, trong khoảng thời gian nêu trong giấy giới thiệu của quý vị

Những chi phí nào không được bồi hoàn?

- Các chi phí lưu trú và phương tiện đi lại cho các dịch vụ được cung cấp tại vị trí cách nhà của hội viên dưới 50 dặm
- Các chi phí lưu trú và phương tiện đi lại cho nhiều hơn 1 người chăm sóc/người đồng hành
- Đồ ăn hoặc đồ uống
- Các vật dụng chăm sóc cá nhân và thuốc không kê toa
- Phương tiện giao thông hàng ngày đi đến và từ cơ sở được giới thiệu*
- Cuộc gọi điện thoại và dịch vụ Internet
- Chi phí lưu trú, ngoài phòng và thuế, chẳng hạn như dịch vụ phòng, minibar và phim ảnh

Khi nào tôi sẽ nhận được tiền bồi hoàn?

- Chúng tôi sẽ gửi tiền bồi hoàn vào khoảng 8 tuần sau khi nhận được mọi giấy tờ cần thiết.
- Chúng tôi sẽ gửi một khoản thanh toán tới địa chỉ quý vị cung cấp trên hồ sơ với Trung tâm Liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên.
- Nếu người chăm sóc/người đồng hành chi trả khoản tiền nào đó, khoản tiền đó sẽ bao gồm trong khoản thanh toán.
- Quý vị có trách nhiệm bồi hoàn cho người chăm sóc/người đồng hành.

*Nếu là hội viên của Medi-Cal, quý vị có thêm các lựa chọn về phương tiện đi lại. Vui lòng gọi cho Trung tâm Liên lạc Ban Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** để biết thêm chi tiết.

(tiếp tục ở trang sau)

Để được trợ giúp thêm

 Đối với các câu hỏi thường gặp về chi phí lưu trú và phương tiện đi lại hoặc biểu mẫu bồi hoàn: Gọi cho người điều phối dịch vụ lưu trú và đi lại theo số 626-405-6162.	 Cách kiểm tra trạng thái của khoản bồi hoàn: Nếu chưa nhận được khoản bồi hoàn vào thời điểm 8 tuần sau ngày nhận được thư chấp thuận khoản bồi hoàn, hãy gọi cho người điều phối dịch vụ lưu trú và đi lại theo số 626-405-6162.
 Để biết thêm thông tin, hãy truy cập kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.	

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại cho các dịch vụ chuyên khoa chọn lọc được xác định trong biểu mẫu này. Vui lòng cung cấp thông tin bên dưới cho hội viên được hưởng các dịch vụ có điều kiện.

Tên Hội Viên:		Ngày Sinh:
Địa chỉ gửi thư:		
Mã thành phố/tiểu bang/ZIP:		Địa chỉ email:
Số Hồ Sơ Y Tế:	Số Điện Thoại:	Số Thay Thế:
Tên của bác sĩ thực hiện dịch vụ:		
Cơ sở thực hiện dịch vụ:		
Tên và số điện thoại của người quản lý trường hợp/chăm sóc:		
Chọn loại hình dịch vụ nhận được (dịch vụ phải được nêu ở bên dưới thì mới đủ điều kiện được bồi hoàn): ☐ Phẫu thuật giảm béo ☐ Phẫu thuật dạ dày phức tạp ☐ Phẫu thuật lồng ngực phức tạp ☐ Hóa trị liệu nội trú cho bệnh bạch cầu/ung thư hạch bạch huyết ☐ Dịch vụ nhi khoa nội trú cấp tính thông thường hoặc nhi khoa nội trú chuyên khoa (ngoại trừ tiếp nhận trực tiếp vào NICU và PICU) ☐ Huyết học và ung thư nhi khoa ngoại trú ☐ Tĩnh mạch nhỏ trái, tĩnh mạch nhỏ phải hoặc thiết bị trợ giúp tạo nhịp tim hai thất (LVAD, RVAD hoặc BiVAD) ☐ Cắt ghép thận		Mục đích chuyển thăm khám (chọn toàn bộ đáp án phù hợp) ☐ Tư vấn ☐ Điều trị ☐ Phẫu thuật ☐ Tái khám ☐ Chuẩn bị trước khi phẫu thuật ☐ Khám sau phẫu thuật
Hội viên có nằm viện qua đêm không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bên dưới về đợt nội trú của hội viên. Ngày nhập viện: _____ Ngày xuất viện: _____		
Ngày hẹn ngoại trú:		
Phương tiện đi lại (cần giấy biên nhận): • Hình thức đi lại (ví dụ: xe buýt, xe thuê, xe cá nhân, v.v.): _____ • Hội viên đã tiến hành bao nhiêu chuyến đi khứ hồi từ nhà đến địa điểm điều trị? _____		
Lưu trú (cần giấy biên nhận): • Hội viên có cần lưu trú không? ☐ Có ☐ Không Ngày: _____ • Người đồng hành/người chăm sóc của hội viên có cần lưu trú không? ☐ Có ☐ Không Ngày: _____ Tên của người đồng hành/người chăm sóc: _____		
Ngày hẹn cuối cùng trước khi về nhà: _____ Ngày hội viên trở về nhà: _____		
Chữ ký của hội viên:		Ngày

Gửi biểu mẫu này và bản sao biên nhận theo từng khoản ban đầu cho người điều phối dịch vụ lưu trú và phương tiện đi lại bằng cách gửi:

Thư Hoa Kỳ	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging 393 E. Walnut St., 7th Fl. Pasadena, CA 91188
Gửi email dưới dạng tệp PDF	TravelandLodging@kp.org
Fax	1-855-245-6990

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị

- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

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

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California (*Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:
 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
 Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:
 U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 Mẫu đơn than phiền hiện có tại
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.