

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 khu vực cách nhà của quý vị 50 dặm trở lên ở bất kỳ đâu tại Miền Nam California, chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị một số chi phí lưu trú và phương tiện đi lại.

Danh sách kiểm tra 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 chọn lọc hay không.

Khu vực cư trú của hội viên có phải là Miền Nam California không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Dịch vụ có được cung cấp trong khu vực Miền Nam California không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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 cân • 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 nhập viện trực tiếp vào khu chăm sóc sơ sinh đặc biệt (neonatal intensive care unit, NICU) và khu chăm sóc nhi đặc biệt (pediatric intensive care unit, PICU) • Huyết học và ung thư nhi khoa ngoại trú • Hóa trị liệu nội trú cho bệnh bạch cầu/bệnh ung thư hạch bạch huyết • Thiết bị hỗ trợ tâm thất trái, tâm thất phải hoặc cả hai tâm thất (LVAD, RVAD, BiVAD) • Thủ thuật cắt bỏ thận ghép • Thủ thuật cắt bỏ tụy • Thủ thuật cắt bỏ u nang • Thủ thuật cắt bỏ thực quản • Thủ thuật cắt bỏ gan	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hội viên có được giới thiệu dịch vụ do bác sĩ của Kaiser Permanente thực hiện không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Dịch vụ mà hội viên nhận được có ở tại vị trí cách nhà của hội viên 50 dặm trở lên không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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 Dịch Vụ Hội Viên có địa chỉ gửi thư hiện tại của nhà quý vị. Quý vị có thể gọi cho 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 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa vào ngày lễ). Chúng tôi chỉ gửi séc 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 để tiện đối chiếu sau này. 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 bản 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 (một chiều)
- Chi phí đi bằng taxi khứ hồi hoặc xe chung chuyến, xe buýt, tàu hỏa hoặc phương tiện cá nhân tương đương dành cho quý vị và người chăm sóc/người đồng hành từ nhà quý vị đến và về từ một cơ sở được giới thiệu, lên tới \$200 mỗi chuyến khứ hồi cho các lần thăm khám y tế cần thiết trước, trong và sau dịch vụ*
- Phí thuê xe và cầu đường (có biên nhận)
- 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 đến và về từ cơ sở được giới thiệu*
- Xăng cho phương tiện cá nhân/người đồng hành và/hoặc xe đi thuê
- Phí đỗ xe
- Phí sạc xe điện
- 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 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 (bao gồm Dịch Vụ Dành Cho Trẻ Em California và Whole Child Model), quý vị có thêm các lựa chọn về phương tiện đi lại. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** để biết thêm chi tiết.

(tiếp tục ở trang sau)



Kaiser Permanente Southern California

Biểu mẫu yêu cầu bồi hoàn chi phí đi lại và lưu trú
cho các dịch vụ chuyên khoa chọn lọc

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 Bệnh Nhân		Ngày sinh	
Địa Chỉ Gửi Thư			
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính		Số hồ sơ y tế của bệnh nhân:	
Số Điện Thoại	Địa Chỉ Email (nếu có)		
Tên Của Người Đồng Hành/Người Chăm Sóc (nếu có)			
Tên của bác sĩ thực hiện dịch vụ (nếu biết)			
Tên/địa điểm của cơ sở thực hiện dịch vụ			
Tên/số điện thoại của người quản lý trường hợp/chăm sóc KP (nếu biết)			
BẮT BUỘC: Chọn loại hình dịch vụ nhận được (dịch vụ phải được nêu ở bên dưới thì mới đủ điều kiện được bồi hoàn) <input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Giảm Cân <input type="checkbox"/> Phẫu thuật dạ dày phức tạp <input type="checkbox"/> Phẫu thuật lồng ngực phức tạp <input type="checkbox"/> Thủ thuật cắt bỏ u nang <input type="checkbox"/> Thủ thuật cắt bỏ thực quản <input type="checkbox"/> Dịch vụ nhi khoa nội trú cấp tính thông thường hoặc nhi khoa nội trú chuyên khoa (ngoại trừ nhập viện trực tiếp vào NICU và PICU) <input type="checkbox"/> Thủ thuật cắt bỏ gan <input type="checkbox"/> Hóa trị liệu nội trú cho bệnh bạch cầu/bệnh ung thư hạch bạch huyết <input type="checkbox"/> Thiết bị hỗ trợ tâm thất trái, phải hoặc cả hai (LVAD, RVAD, hoặc BIVAD) <input type="checkbox"/> Huyết học và ung thư nhi khoa ngoại trú <input type="checkbox"/> Thủ thuật cắt bỏ tụy <input type="checkbox"/> Thủ thuật cắt bỏ thận ghép		BẮT BUỘC: Mục đích chuyến thăm khám (chọn toàn bộ đáp án phù hợp) <input type="checkbox"/> Tư vấn <input type="checkbox"/> Tái khám <input type="checkbox"/> Khám sau phẫu thuật <input type="checkbox"/> Khám trước phẫu thuật <input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Ngoại Trú (không phải ở bệnh viện qua đêm) <input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Nội Trú (phải ở bệnh viện qua đêm) <input type="checkbox"/> Điều trị	
Bệnh nhân có ở bệnh viện qua đêm không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu có, vui lòng cung cấp ngày nhập viện và ngày xuất viện bên dưới (nếu ở lại nhiều đêm, hãy điền thêm ngày ở trang tiếp theo)			
NGÀY NHẬP VIỆN #1 _____ NGÀY XUẤT VIỆN #1 _____		NGÀY NHẬP VIỆN #2 (nếu có) _____ NGÀY XUẤT VIỆN #2 (nếu có) _____	
Bệnh nhân có Phẫu Thuật Ngoại Trú trong cùng ngày không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu có, vui lòng cung cấp ngày nhập viện và xuất viện trong cùng 1 ngày. _____ (nếu cần thêm chỗ, hãy điền thêm ngày vào trang tiếp theo)			
Ngày hẹn ngoại trú. Vui lòng chỉ liệt kê ngày đi từ nhà bệnh nhân trực tiếp đến/về từ trung tâm y tế. Điền TẤT CẢ các ngày khám ngoại trú ở trang tiếp theo.			
PHƯƠNG TIỆN ĐI LẠI: Chỉ tính các phương tiện di chuyển trên quãng đường giữa nhà bệnh nhân và trung tâm y tế. Cần có biên nhận. <input type="checkbox"/> Xe Buýt <input type="checkbox"/> Amtrak <input type="checkbox"/> Xe Thuê <input type="checkbox"/> Taxi, Uber, Lyft <input type="checkbox"/> Xe Cá Nhân <input type="checkbox"/> Xe Cá Nhân Của Người Chăm Sóc/Người Đồng Hành			
Bệnh nhân đã có bao nhiêu chuyến đi khứ hồi từ nhà đến địa điểm điều trị? _____			

Kaiser Permanente Southern California

LƯU TRÚ: Cần có biên nhận (nếu cần thêm chỗ, vui lòng điền thêm ngày lưu trú vào trang tiếp theo)
Bệnh nhân có cần lưu trú không? Có Ngày: _____ Ngày: _____
Người đồng hành/người chăm sóc của hội viên có cần lưu trú không? Có Ngày: _____
Ngày: _____

Ngày hẹn cuối cùng trước khi bệnh nhân xuất viện về nhà: _____

Ngày bệnh nhân trở về nhà: _____

Chữ ký: Hội Viên Người Đồng Hành/Người Chăm Sóc

Ngày

DANH SÁCH KIỂM TRA DỊCH VỤ CHUYÊN KHOA

- Biên Nhận Lưu Trú:** Vui lòng đảm bảo hóa đơn khách sạn của quý vị ghi rõ tên khách sạn, địa chỉ, giá phòng theo ngày, thuế và phí tiện nghi.
- Biên Nhận Thu Phí Cầu Đường:** Vui lòng kiểm tra xem biên nhận của quý vị có ghi rõ ngày thu phí, số tiền và xác nhận đã thanh toán hay chưa. Biên nhận thu phí cầu đường FasTrak được chấp nhận.
- Biên Nhận Thuê Xe:** Vui lòng kiểm tra xem biên nhận của quý vị có ghi rõ ngày nhận/trả xe và số tiền đã thanh toán cho loại xe thuê tiêu chuẩn hay chưa.
- Google Map:** Cho biết khoảng cách xa nhất từ nhà bệnh nhân đến trung tâm y tế.

Vui lòng thêm các ghi chú bổ sung bên dưới hoặc thông tin trong email của quý vị hoặc trên một trang riêng.

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 qua:

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

Ghi Chú Bổ Sung:

Để được trợ giúp thêm

 <p>Đối với các câu hỏi thường gặp về chi phí lưu trú và phương tiện đi lại hoặc biểu mẫu bồi hoàn:</p> <p>Gọi cho người điều phối dịch vụ lưu trú và đi lại theo số 626-405-6162; làm theo hướng dẫn.</p>	 <p>Cách kiểm tra trạng thái của khoản bồi hoàn:</p> <p>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; làm theo hướng dẫn.</p>
 <p>Để biết thêm thông tin, hãy truy cập kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.</p>	

NGÀY KHÁM NGOẠI TRÚ:

Vui lòng liệt kê tất cả các ngày đi từ nhà bệnh nhân trực tiếp đến/về từ trung tâm y tế

--

Ở BỆNH VIỆN QUA ĐÊM:

Vui lòng liệt kê ngày nhập viện và xuất viện nào thêm nếu có.

--

Ghi Chú Bổ Sung:

--