Kaiser Permanente Southern California

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 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 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 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 • Thiết bị hỗ trợ tâm thất trái, tâm thất phải hoặc cả hai (LVAD, RVAD, BiVAD) • Cắt ghép thận • Thủ thuật cắt bỏ tụy • Thủ thuật cắt bỏ u nang • Thủ thuật cắt bỏ thực quản • Thủ thuật cắt bỏ gan • Phẫu thuật cắt cơ Heller	☐ 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)

Kaiser Permanente Southern California

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 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 bảng 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 nhiều hơn 1 người chăm sóc/người đồng hành
- Đồ ăn hoặc đồ uống
- Thuốc không kê toa, toa thuốc hoặc tiền đồng trả cho hội viên và các vật dụng chăm sóc cá nhân, ngay cả khi chúng được bác sĩ khuyên dùng.
- Phương tiện giao thông hằng ngày đi đến và 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
- Nếu dịch vụ chuyên khoa được chọn không có trong danh sách các dịch vụ đủ điều kiện (xem biểu mẫu ở trang tiếp theo), không có bồi hoàn chi phí lưu trú và phương tiện đi lại.
- Vui lòng không thêm ghi chú viết tay hoặc các thủ thuật y tế khác vào biểu mẫu.
- Vui lòng xem phần “Exclusions” (Các Trường Hợp Loại Trừ) trên trang mạng chính trong phần Select Specialty Services (Dịch Vụ Chuyên Khoa Chọn Lọc) cho tất cả các hạng mục không thể được bồi hoàn.

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®

KAISER PERMANENTE®

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 của Bệnh Nhân
Địa Chỉ Gửi Thư của Bệnh Nhân	
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Điện của Bệnh Nhân	Số hồ sơ y tế của bệnh nhân:
Số Điện Thoại (nếu có)	Địa Chỉ Email (nếu có)
Tên Của Cha Mẹ/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)

- ☐ Phẫu Thuật Giảm Cân
- ☐ Phẫu thuật dạ dày phức tạp
- ☐ Phẫu thuật lồng ngực phức tạp
- ☐ Thủ thuật cắt bỏ u nang
- ☐ Thủ thuật cắt bỏ thực quản
- ☐ 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)
- ☐ Phẫu thuật cắt cơ Heller
- ☐ Thủ thuật cắt bỏ gan
- ☐ Hóa trị liệu nội trú cho bệnh bạch cầu/ung thư hạch bạch huyết
- ☐ Thiết bị hỗ trợ tâm thất trái, phải hoặc cả hai (LVAD, RVAD hoặc BIVAD)
- ☐ Huyết học và ung thư nhi khoa ngoại trú
- ☐ Thủ thuật cắt bỏ tụy
- ☐ Cắt ghép thận

BẮT BUỘC: Mục đích chuyến thăm khám (chọn toàn bộ đáp án phù hợp)

- ☐ Tư vấn
- ☐ Tái khám
- ☐ Khám sau phẫu thuật
- ☐ Chuẩn bị trước khi phẫu thuật
- ☐ Phẫu Thuật Ngoại Trú (không phải ở bệnh viện qua đêm)
- ☐ Phẫu Thuật Nội Trú (phải ở bệnh viện qua đêm)
- ☐ Điều trị

Bệnh nhân có ở bệnh viện qua đêm không? ☐ Có. Nếu có, vui lòng cung cấp tất cả ngày nhập viện và xuất viện ở trang tiếp theo.

NGÀY NHẬP VIỆN #1 _____	NGÀY NHẬP VIỆN #2 (nếu có)_____
NGÀY XUẤT VIỆN #1 _____	NGÀY XUẤT VIỆN #2 (nếu có)_____

Bệnh nhân có Phẫu Thuật Ngoại Trú trong cùng ngày không? ☐ Có. Nếu có, vui lòng cung cấp ngày nhập viện và xuất viện trong cùng 1 ngày.

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 CHUYÊN CHỞ: Chỉ tính các phương tiện di chuyển trên quãng đường giữa nhà bệnh nhân và trung tâm y tế.

Cần có biên nhận. ☐ Xe Buýt ☐ Amtrak ☐ Xe Thuê ☐ Taxi, Uber, Lyft, Dịch Vụ Xe Đưa Đón Giữa Hai Điểm

Không cần có biên nhận xăng xe. ☐ Xe Cá Nhân Của Bệnh Nhân ☐ Xe Cá Nhân Của Cha Mẹ/Người Chăm Sóc/ Người Đồng Hành

Kaiser Permanente Southern California

Bệnh nhân đã có bao nhiêu chuyến đi khứ hồi từ nhà đến địa điểm điều trị? _____ (không được bồi hoàn: đến/về từ cơ sở lưu trú, trung tâm y tế hoặc các cơ sở khác)
LƯU TRÚ: Cần có biên nhận. Cung cấp tất cả các ngày lưu trú ở trang tiếp theo. Bệnh nhân có cần lưu trú không? ☐ Có Ngày:_____ Ngày:_____ Cha mẹ/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:_____

Kaiser Permanente Southern California

DANH SÁCH KIỂM TRA DỊCH VỤ CHUYÊN KHOA

☐ **Biên Nhận Lưu Trú:** Vui lòng đảm bảo hóa đơn/bảng sao kê chi phí lưu trú 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.

- **Tất cả biên nhận phải ở định dạng PDF**
- **Vui lòng không nhúng biểu mẫu, biên nhận hoặc bản đồ vào nội dung email của quý vị**

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 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

Ghi Chú Bổ Sung:

Kaiser Permanente Southern California

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**; làm theo hướng dẫn.

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**; làm theo hướng dẫn.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập **https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/get-care/travel-lodging-guidelines#specialty-services**

Kaiser Permanente Southern California

NGÀY KHÁM NGOẠI TRÚ: Vui lòng liệt kê tất cả ngày đi từ nhà bệnh nhân trực tiếp đến/về từ trung tâm y tế.	Ở BỆNH VIỆN QUA ĐÊM: Vui lòng liệt kê tất cả khoảng ngày nhập viện và xuất viện của bệnh nhân.	NGÀY PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ: Vui lòng liệt kê tất cả ngày mà bệnh nhân nhập viện và xuất viện trong cùng ngày khi phẫu thuật.
Nếu bệnh nhân được chăm sóc y tế tại các cơ sở khác nhau, vui lòng cho biết tên từng cơ sở y tế và ngày tương ứng.		
THÔNG TIN LƯU TRÚ (cần có biên nhận) Nếu trường này không áp dụng, hãy nhập N/A trong ô "Chỉ dành cho bệnh nhân" hoặc "Cha mẹ/người đồng hành/người chăm sóc"		
CHỈ DÀNH CHO BỆNH NHÂN	Đăng ký	Trả phòng
CHA MẸ/NGƯỜI ĐỒNG HÀNH/ NGƯỜI CHĂM SÓC	Đăng Ký	Trả phòng
Ghi Chú Bổ Sung		

Chữ ký: ☐ Hội Viên ☐ Cha Mẹ/Người Đồng Hành/Người Chăm Sóc Ngày