

# Program medicinske financijske pomoći (MFA) Kaiser Permanente

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

**Chinese:** 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-757-7585**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

## Program medicinske financijske pomoći (MFA) Kaiser Permanente

Ako vam je potrebna pomoć za plaćanje usluga zdravstvene zaštite ili recepata koje ste dobili, ili vam je zakazano da ih dobijete od Kaiser Permanente, naš Program medicinske financijske pomoći (Medical Financial Assistance, MFA) program možda može da vam pomogne.

### Evo kako program funkcionira

- Program nudi privremene "dodjele pomoći" kako bi podobnim podnositeljima zahtjeva platio za skrb, temeljeno na njihovim financijskim potrebama.
- On je na raspolaganju svim pacijentima Kaiser Permanente, bilo da ste član ili ne.
- Ako vam se dodijeli ta pomoć, program će pokrivati hitnu ili nužnu medicinsku skrb od pružatelja usluga za Kaiser Permanente ili u ustanovama Kaiser Permanente tijekom određenog razdoblja.

### Kako ostvariti podobnost

**Morate ispunjavati jedan od sljedećih uvjeta za podobnost:\***

1. Vaš bruto kućni prihod nije veći od 350% od federalne razine siromaštva.

**\*Napomena:** Ako je vaš bruto kućni prihod veći od 350% federalne razine siromaštva i/ili ste član Kaiser Permanente s planom samopridržaja u Kaliforniji, morate ispunjavati dolje navedeno kriterij.

2. Vaši gotovinski troškovi za zdravstvenu zaštitu ili medicinski nužnu skrb, stomatološku skrb i lijekove tijekom razdoblja od 12 mjeseci jednaki su ili iznose više od 10% od vašeg bruto kućnog prihoda.

- Gotovinski troškovi uključuju participacije, suosiguranje i samopridržaje.
- Gotovinski troškovi ne uključuju nikakve uplate za vaš zdravstveni plan, kao za vašu mjesečnu premiju.

### Imate pitanja?

Za više informacija o podobnosti za program MFA ili kako biste provjerili za koje usluge zdravstvene zaštite se on isplaćuje, posjetite [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

**Ako nemate zdravstveno osiguranje, možda ćete morati podnijeti zahtjev za to.**

- Zato što program MFA pruža samo privremenu financijsku dodjelu pomoći, možemo od vas zatražiti da podnesete zahtjev za pokriće koje ćete vi pokrivati dugoročno. To može uključivati bilo koje druge javne ili privatne zdravstvene programe na koje imate pravo — kao što su Medi-Cal ili subvencionirani planovi dostupni na tržištu zdravstvenih osiguranja.
- Od vas možemo zatražiti pokazivanje dokaza da ste podnijeli zahtjev za te programe ili da su vam oni odobreni ili ste dobili odbijenicu. Ali ćete možda i dalje moći dobiti financijsku pomoć od programa MFA dok čekate na odluku od tih drugih programa.
- Ako nemate pokriće za zdravstvenu zaštitu, a željeli biste više informacija, pozovite nas na 800-479-5764 (za TTY, pozovite 711) kako biste saznali više o vašim opcijama za pokriće.







### 350% od Federalnih smjernica za razinu siromaštva iz 2021

Ako je veličina vašeg kućanstva:	Prihod vašeg kućanstva ne smije biti viši od:	
	Mjesečni	Godišnji
1	\$3,757	\$45,080
2	\$5,081	\$60,970
3	\$6,405	\$76,860
4	\$7,729	\$92,750
5	\$9,053	\$108,640
6	\$10,378	\$124,530

Posjetite [aspe.hhs.gov/poverty](http://aspe.hhs.gov/poverty) kako biste vidjeli koje su smjernice za veća kućanstva.

## Kako podnijeti zahtjev

Ako zadovoljavate uvjete za podobnost, možete podnijeti zahtjev na neki od sljedećih načina.

 <b>Putem interneta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispunite MFA zahtjev na internetu na <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a></li><li>• Pripremite što je potrebno kako biste pružili sve informacije navedene na MFA zahtjevu na sljedećoj stranici.</li></ul>
 <b>Pozovite nas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pozovite nas na <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, od ponedjeljka do petka, od 8.00 prije podne do 5.00 poslije podne po pacifičkom standardnom vremenu (Pacific Standard Time, PST) vremenu.</li><li>• Pripremite što je potrebno kako biste pružili informacije navedene na MFA zahtjevu na sljedećoj stranici.</li></ul>
 <b>Pošaljite faksom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.</li><li>• Faksom pošaljite ispunjeni zahtjev na <b>1-866-497-0005</b>.</li></ul>
 <b>Pošaljite poštom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.</li><li>• Poštom pošaljite ispunjeni zahtjev na: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>Donesite</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.</li><li>• Donesite ispunjeni zahtjev u lokalni odjel za prijem u bolnicu, Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Sastanite se s financijskim savjetnikom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sastanite se s financijskim savjetnikom u nekom od naših objekata, od ponedjeljka do petka, od 8.00 prije podne od 5.00 poslije podne po PST vremenu.</li><li>• Pripremite što je potrebno kako biste pružili sve informacije navedene na MFA zahtjevu na sljedećoj stranici.</li></ul>

**Važno:** Kada zahtjev podnosite poštom ili faksom, ili ako osobno donosite zahtjev, obvezno ispunite što je moguće više stavki u zahtjevu. Svaka informacija koja nedostaje može biti razlogom usporavanja postupka.

### Što možete očekivati nakon podnošenja zahtjeva

Nakon što pregledamo vaš ispunjeni zahtjev, obavijestit ćemo vas o jednom od sljedećih ishoda:

- Vaš zahtjev je odobren i dobit ćete financijsku pomoć.
- Kako biste ispunili vaš zahtjev, potrebne su nam dodatne informacije ili dokumentacija, koje nam možete poslati poštom ili donijeti osobno; to može uključivati dokaz o prihodu ili kopije priznanica za gotovinske troškove.
- Vaš zahtjev je odbijen i zašto je odbijen, u kojem slučaju možete uložiti žalbu na našu odluku.

### Potrebna vam je pomoć?

Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam je potrebna pomoć za predaju zahtjeva, pozovite **1-800-390-3507 (TTY 711)**, od 8.00 prije podne od 5.00 poslije podne po PST vremenu. Također možete razgovarati s financijskim savjetnikom na bilo kojoj lokaciji Kaiser Permanente.

## Podnošenje zahtjeva za Program medicinske financijske pomoći (MFA)

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Medicinska dokumentacija br: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Br. za kontakt: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Br. soc. osiguranja (SSN): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

**Veličina kućanstva:** Broj članova obitelji (uključujući vas) koji žive u vašem domaćinstvu. Može uključivati supružnika ili kvalificiranog domaćeg partnera, djecu, ne-roditelja tj. skrbnika, srodnika, itd.

**Prihod domaćinstva (mjesečni):** Ukupni bruto prihod svih članova obitelji u kućanstvu. Obilježite SVE vrste prihoda koji se važe:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prihod od zaposlenja/Plaće                           | <input type="checkbox"/> Alimentacija/Izdržavanje djeteta   |
| <input type="checkbox"/> Poslovni prihod/Iznajmljivanje nekretnina            | <input type="checkbox"/> Starosna mirovina ili Mirovina po planut/Anuiteti                        |
| <input type="checkbox"/> Naknade zbog nezaposlenosti/Prihod zbog invaliditeta | <input type="checkbox"/> Socijalno osiguranje/Dopunski prihod od osiguranja/Naknade za branitelje |

\$ \_\_\_\_\_

**Troškovi zdravstvene zaštite:** Ukupni gotovinski troškovi koje ste imali u proteklom 12-mjesečnom razdoblju za hitne ili medicinski nužne usluge koje je pružio Kaiser Permanente ili neki drugi davatelj zdravstvenih usluga. Može uključivati participacije, depozite, suosiguranje ili uplate za samoprdržaje za medicinske, farmaceutske ili stomatološke usluge.

\$ \_\_\_\_\_

**Navedite popis članova vašeg kućanstva koji podnose zahtjev za program.**

Ime i prezime	Datum rođenja	Srodstvo	Br. medicinske evidencije
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Niste osigurani? Kaiser Permanente može pomoći.** Ako nemate zdravstveno osiguranje, možemo vam pomoći da shvatite vaše opcije. Obilježite ovaj okvir ako biste željeli da vas kontaktira Kaiser Permanente kako biste razgovarali o vašim opcijama.

Da, kontaktirajte me

Ovim izjavljujem pod kaznama krivokletstva da su svi podaci navedeni u ovom zahtjevu istiniti i točni u svakom pogledu. Također prihvaćam i suglasan sam da snosim odgovornost prema Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals za sve iznose koje dugujem Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals za medicinsku robu i usluge koje nisu obuhvaćene Programom ("Preostali iznosi").

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Napomena:** Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals zadržavaju pravo na korištenje informacija od agencija koje prijavljuju zaduženja klijenta i od ostalih, trećih strana, izvora informacija, kako bi se utvrdilo pravo na savezne, državne i privatne medicinske programe, uključujući Program MFA.