KAISER PERMANENTE®

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA) de 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 linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Please recycle. January 2019

KAISER PERMANENTE®

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA) de Kaiser Permanente

Si necesita ayuda para pagar por los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que recibió, o que está programado que reciba, por parte de Kaiser Permanente, nuestro programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA) podría ayudarle.

Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “asignaciones” temporales para ayudar a los solicitantes que reúnan los requisitos a pagar por la atención médica con base en sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, sin importar si son miembros o no.
- Si se le concede la asignación, el programa cubrirá la atención necesaria desde el punto de vista médico o de emergencia que reciba por parte de los proveedores de Kaiser Permanente o en los centros de atención de Kaiser Permanente por un periodo específico.

Cómo reunir los requisitos

Debe cumplir uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:*

1. Su ingreso familiar bruto no supera el 350% del nivel federal de pobreza.

*__Nota:__ Si su ingreso familiar bruto supera el 350% del nivel federal de pobreza o si es un miembro de Kaiser Permanente que tiene un plan con deducible en California, deberá cumplir el siguiente criterio.

2. Los gastos de su bolsillo por atención médica necesaria desde el punto de vista médico o de emergencia, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10% de su ingreso familiar bruto.
   - Los gastos de su bolsillo incluyen los copagos, coseguros y pagos de deducibles.
   - Los gastos de su bolsillo no incluyen los pagos por su propio plan de salud, como las primas mensuales.

Pautas del 350% del nivel federal de pobreza

Si el tamaño de su grupo familiar es:	Su ingreso familiar debe ser menor de:	
	Mensualmente	Anualmente
1	$3,643	$43,715
2	$4,932	$59,185
3	$6,221	$74,655
4	$7,510	$90,125
5	$8,800	$105,595
6	$10,089	$121,065

Visite **aspe.hhs.gov/poverty** (en inglés) para consultar las pautas para grupos familiares más grandes.

¿Tiene alguna pregunta?

Para obtener más información sobre cómo reunir los requisitos para el programa de MFA o para consultar qué servicios de atención médica paga por usted este programa, visite **kp.org/mfa/ncal** (en inglés).

Si no tiene seguro médico, tal vez sea necesario que solicite uno.

- Debido a que el programa de MFA proporciona asignaciones financieras temporales, es posible que le pidamos que solicite una cobertura a largo plazo. Esto podría incluir cualquier otro programa de salud público o privado para el que sea elegible, como Medi-Cal, o los planes subsidiados disponibles en los mercados de seguros médicos.
- Es posible que le pidamos que nos muestre el comprobante de que ha presentado una solicitud para estos programas o de que su solicitud ha sido aprobada o denegada por los mismos. Sin embargo, podrá continuar recibiendo ayuda financiera del programa de MFA mientras espera a que estos programas tomen una decisión.
- Para obtener más información sobre las demás coberturas médicas para las que podría ser elegible, visite **cuidadodesalud.gov/es** o llame al **1-800-318-2596.**

KAISER PERMANENTE®

Cómo presentar una solicitud

Si cumple los requisitos de elegibilidad, puede presentar su solicitud de cualquiera de las siguientes formas.

Por correo postal	• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página. • Envíe su solicitud completa por correo postal a: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
Por fax	• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página. • Envíe por fax su solicitud completada al **1-800-687-9901.**
Entréguela en persona	• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página. • Entregue su solicitud completada en el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes de cualquier centro de atención de Kaiser Permanente.
Llámenos	• Llámenos al **1-800-390-3507** (línea TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., PST. • Prepárese para proporcionar la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.

Importante: Al realizar la solicitud por correo o fax, o al entregarla en persona, asegúrese de llenarla de la forma más completa posible. Si falta alguna información se podría retrasar el proceso de solicitud.

Qué esperar después de realizar la solicitud

Después de que revisemos su solicitud completada, le comunicaremos uno de los siguientes resultados:

- Su solicitud fue aprobada y recibirá una asignación financiera.
- Para completar su solicitud, necesitamos información o documentos adicionales, los cuales puede enviar por correo postal o entregarlos en persona; estos pueden incluir comprobantes de ingresos o copias de los gastos pagados de su propio bolsillo.
- Su solicitud fue denegada y se le explicará por qué fue denegada, en cuyo caso podrá apelar nuestra decisión.

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud, llame al **1-800-390-3507** (línea TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., PST. También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro médico de Kaiser Permanente.

KAISER PERMANENTE®

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Nombre: _____ N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de contacto: (____) _____

Número de seguro social: _____-_____-_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tamaño del grupo familiar: número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, familiares encargados de los cuidados que no sean los padres, etc. _____

Ingreso familiar (mensual): ingreso bruto total por todos los miembros de la familia en el hogar. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- ☐ Ingresos laborales/salarios
- ☐ Ingresos por negocios/ renta de propiedades
- ☐ Beneficios por desempleo/ ingresos por discapacidad
- ☐ Manutención/pensión alimenticia
- ☐ Pensión o jubilación/rentas vitalicias
- ☐ Seguro social/ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos

$_____

Costos de atención médica: los gastos pagados de su propio bolsillo totales que ha tenido en un periodo de 12 meses por los servicios necesarios desde el punto de vista médico o de emergencia proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Esto puede incluir copagos, depósitos, coseguros o pagos de deducibles de servicios médicos, dentales o de farmacia elegibles.

$_____

Mencione a todos los miembros de su hogar que van a presentar una solicitud para el programa.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de historia clínica
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudarle. Si no tiene cobertura de atención édica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunique con usted para hablar sobre sus opciones.

☐ Sí, comuníquense conmigo

Por el presente, declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera y precisa en todos los aspectos. Doy mi consentimiento y también reconozco y acepto que soy responsable de pagar a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals todos los montos adeudados a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals por servicios y artículos médicos que no sean elegibles conforme al Programa (es decir, los “Saldos”).

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals se reservan el derecho de utilizar la información de las agencias de informes de crédito de los consumidores y de otras fuentes de información para determinar la elegibilidad para los programas médicos federales, estatales y privados, incluido el Programa de MFA.