

برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA) المقدم من 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.

برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA) المقدم من Kaiser Permanente

إذا كنت بحاجة للمساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية التي وصفت لك أو التي من المقرر أن توصف لك من خلال Kaiser Permanente، فإن برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (Medical Financial Assistance, MFA) قد يكون قادراً على مساعدتك.

كيفية عمل البرنامج

- يقدم البرنامج "منح" مؤقتة لمساعدة المتقدمين المؤهلين على الدفع مقابل الرعاية بناءً على حاجتهم المالية.
- المساعدة متاحة لكافة مرضى Kaiser Permanente، سواء كنت عضواً أم لا.
- في حال منح المساعدة، سيقوم البرنامج بتغطية تكاليف الرعاية في قسم الطوارئ أو الرعاية التي تعتبر ضرورة طبية التي يقدمها مقدمو الرعاية لدى Kaiser Permanente أو في مرافق Kaiser Permanente لفترة محددة من الوقت.

كيفية التأهل

يجب أن تحقق متطلبات الأهلية التالية:*

1. يجب ألا يزيد إجمالي دخلك المنزلي عن 350% من مستوى خط الفقر الفيدرالي.
- *ملاحظة: إذا كان دخل أسرتك الإجمالي أكثر من 350% من مستوى خط الفقر الفيدرالي و/أو إذا كنت عضواً في Kaiser Permanente ولديك خطة اقتطاع في كاليفورنيا، يجب أن تحقق المعيار أدناه.
2. أن يكون مقدار ما تدفعه من مالك الخاص مقابل رعاية قسم الطوارئ والرعاية الضرورية طبياً ورعاية الأسنان والأدوية خلال فترة 12 شهراً تساوي أو تزيد عن 10% من دخل أسرتك الإجمالي.
 - تتضمن التكاليف التي تدفع من مالك الخاص الدفعات المشتركة والتأمين المشترك ودفعات الاقتطاعات.
 - لا تتضمن التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص أي دفعات مقابل خطتك الصحية بحد ذاتها مثل قسطك الشهري.

350% من مستوى خط الفقر الفيدرالي		
يجب أن لا يتجاوز دخل أسرتك:		إذا كان عدد أفراد أسرتك:
سنوياً	شهرياً	
\$44,4605	\$3,722	1
\$60,340	\$5,028	2
\$76,020	\$6,335	3
\$91,700	\$7,642	4
\$107,380	\$8,948	5
\$123,060	\$10,255	6

قم بزيارة aspe.hhs.gov/poverty للاطلاع على التوجيهات للأسر الأكثر عدداً.

هل لديك أسئلة؟

للمزيد من المعلومات حول التأهل لبرنامج MFA، أو للاطلاع على خدمات الرعاية الصحية التي يدفع مقابلها، قم بزيارة www.kp.org/mfa/ncal.

إذا لم يكن لديك تأمين طبي، قد يكون مطلوباً منك التقدم للحصول عليه.

- لأن برنامج MFA يقدم فقط منح مساعدة مالية مؤقتة، فقد نطلب منك التقدم للحصول على تغطية تؤمن لك تغطية التكاليف على المدى البعيد. وهذا يتضمن أي برامج حكومية أو خاصة تكون مؤهلاً لها – مثل Medi-Cal أو الخطط المدعومة المتوفرة في أسواق التأمين الصحي.
- قد نطلب منك إظهار إثبات بأنك قدمت طلباً للحصول على هذه البرامج أو أنهم قاموا بالموافقة على طلبك أو رفضه. ومع ذلك قد يكون لا يزال بمقدورك الحصول على المساعدة المالية من برنامج MFA خلال فترة انتظار قرار من هذه البرامج الأخرى.
- للمزيد من المعلومات حول تغطية تكاليف الرعاية الصحية التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها، قم بزيارة healthcare.gov أو اتصل على الرقم **1-800-318-2596**.

كيفية تقديم طلب

إذا كنت تحقق متطلبات الأهلية، يمكنك تقديم الطلب من خلال واحدة من هذه الطرق.

<ul style="list-style-type: none"> • قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية. • أرسل طلبك بالبريد بعد تعبئته إلى: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598 	<p>أرسل الطلب بالبريد </p>
<ul style="list-style-type: none"> • قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية. • أرسل طلبك بالفاكس بعد تعبئته إلى الرقم 1-800-687-9901. 	<p>أرسل الطلب بالفاكس </p>
<ul style="list-style-type: none"> • قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية. • قم بتوصيل طلبك شخصياً إلى قسم مكتب العمليات المالية للمرضى في أي من مرافق Kaiser Permanente. 	<p>أوصل الطلب شخصياً </p>
<ul style="list-style-type: none"> • اتصل بنا على الرقم 1-800-390-3507 (الهاتف النصي TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST). • كن مستعداً لتقديم المعلومات المدرجة على طلب MFA على الصفحة التالية. 	<p>اتصل بنا </p>

مهم: عندما تقدم الطلب بالبريد أو الفاكس أو تقوم بتوصيل الطلب شخصياً، يُرجى التأكد من تعبئة الطلب قدر المستطاع. أي معلومات غير موجودة قد تؤخر البت في الطلب.

ماذا يجب أن تتوقع بعد أن تقدم الطلب

بعد أن نقوم بمراجعة طلبك المكتمل، سنبلغك بواحدة من النتائج التالية:

- تمت الموافقة على طلبك وستمنح المساعدة المالية.
- لاستكمال طلبك، نحتاج المزيد من المعلومات أو الأوراق والتي يمكنك أن ترسلها بالبريد أو أن توصلها شخصياً؛ وهذه المعلومات قد تتضمن وثيقة إثبات الدخل أو نسخاً عن النفقات التي تدفعها من مالك الخاص.
- تم رفض طلبك وسبب رفضه، وفي هذه الحالة يمكنك الطعن في القرار.

هل تحتاج إلى مساعدة؟

إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا كنت تحتاج إلى مساعدة بخصوص نموذج الطلب هذا، يُرجى الاتصال على **1-800-390-3507** (الهاتف النصي TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST). يمكنك التحدث أيضاً مع مستشار المساعدة المالية في أي موقع يتبع Kaiser Permanente.

نموذج طلب المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA)

الاسم: _____ رقم السجل الطبي: _____

تاريخ الميلاد: ____/____/____ رقم الاتصال: (____) _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

حجم الأسرة: عدد أفراد أسرتك (بما في ذلك أنت) الذين يعيشون في بيتك. قد يتضمن ذلك زوج أو زوجة أو شريك منزلي مؤهل أو الأطفال أو أحد الأقارب ممن يقدمون الرعاية غير الأبوين إلخ.

دخل الأسرة (شهرياً): مجموع الدخل الإجمالي لكافة أفراد الأسرة. ضع إشارة بجانب كافة أنواع الدخل التي تنطبق:

دخل وظيفي/أجور نفقة زوجة مطلقة/إعالة طفل

دخل تجاري/تأجير عقارات المعاش أو التقاعد/الأقساط السنوية

دخل مخصصات البطالة/الإعاقات الضمان الاجتماعي/دخل الضمان التكميلي/

مخصصات المحاربين القدامى

\$ _____

تكاليف الرعاية الصحية: مجموع التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص خلال فترة 12 شهراً مقابل الرعاية التي تتلقاها في قسم الطوارئ أو الرعاية التي تتلقاها كضرورة طبية من خلال Kaiser Permanente أو أي مقدم رعاية صحية آخر. وهذه قد تتضمن الدفعات المشتركة والإيداعات والتأمين المشترك أو دفعات الاقتطاعات للخدمات الطبية أو خدمات الصيدلية أو خدمات رعاية الأسنان المؤهلة.

\$ _____

يرجى إدراج أسماء كافة أفراد أسرتك المتقدمين للبرنامج.

الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	رقم السجل الطبي
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

هل أنت غير مؤمن؟ تستطيع Kaiser Permanente أن تقدم المساعدة. إذا لم يكن لديك تغطية لتكاليف الرعاية الصحية، يمكننا مساعدتك على فهم الخيارات المتاحة لك. ضع إشارة في هذا المربع إذا كنت ترغب بأن تتصل Kaiser Permanente بك لمناقشة خياراتك.

نعم، اتصلوا بي.

أقر بموجبه وتحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بأن كافة المعلومات المذكورة أعلاه في هذا الطلب صحيحة ودقيقة من جميع النواحي. أقر أيضاً وأوافق على أنني أنحمل المسؤولية أمام Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals عن كافة المبالغ المستحقة لصالح مؤسسة Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals مقابل اللوازم والخدمات الطبية التي لا يغطيها البرنامج ("المبالغ المتبقية").

التوقيع: _____ التاريخ: _____

ملاحظة: تحتفظ Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals بحق استخدام معلومات صادرة عن وكالات الإبلاغ الإثماني للمستهلكين ومصادر معلومات من طرف ثالث لتحديد الأهلية للبرامج الطبية الفيدرالية، والتابعة للولاية، والبرامج الطبية الخاصة بما في ذلك برنامج MFA.