

# 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 **1-800-632-9700** 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**1-800-632-9700** 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 **1-800-632-9700** y pida ayuda linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.



# 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 300% del nivel federal de pobreza.
- 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.

# 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 Medicaid, o los planes subsidiados disponibles en los mercados de seguros médicos.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) de 2022						
Si el tamaño de su grupo familiar es:	Su ingreso familiar debe ser menor de:					
	Asignación del 100 % para el ingreso anual menor al 200 % de las FPG	Asignación del 50 % para el ingreso anual entre el 201 % y 300 % de las FPG				
1	Hasta \$27,180	De \$27,181 a \$40,770				
2	Hasta \$36,620	De \$36,621 a \$54,930				
3	Hasta \$46,060	De \$46,061 a \$69,090				
4	Hasta \$55,500	De \$55,501 a \$83,250				
5	Hasta \$64,940	De \$64,941 a \$97,410				
6	Hasta \$74,380	De \$74,381 a \$111,570				

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

• 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.

### ¿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/co** (en inglés) o llame al **1-303-338-3555** (TTY **711**).

Para obtener más información sobre la cobertura de atención médica, llámenos al 1-800-479-5764 (TTY 711).

## Cómo presentar una solicitud

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

浅	En línea	<ul> <li>Complete la solicitud de MFA en línea en www.kp.org/mfa/co (en inglés).</li> <li>Esté listo para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA en la siguiente página.</li> </ul>
<u>0-0</u> <b>⊗</b>	Reúnase con un asesor financiero	<ul> <li>Reúnase con un asesor financiero en uno de nuestros centros de atención designados, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., Hora Estándar de la Montaña (MST).</li> <li>Prepárese para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> </ul>
E	Llámenos	<ul> <li>Llámenos al 1-303-338-3555 (línea TTY 711), de lunes a viernes, de 10:00 a. m. a 3:00 p. m., MST.</li> <li>Prepárese para proporcionar la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> </ul>
	Por correo postal	<ul> <li>Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>Envíe su solicitud completa por correo postal a:         <ul> <li>Northfield Support Services</li> <li>Attn: MFA Program</li> <li>11000 E. 45th Avenue</li> <li>Denver, CO 80239-3004</li> </ul> </li> </ul>
	Por fax	<ul> <li>Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>Envíe por fax su solicitud completada al 1-855-300-3684.</li> </ul>
	Entréguela en persona	<ul> <li>Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>Entregue la solicitud completada en: El Departamento de Registro de Pacientes de cualquier instalación de Kaiser Permanente.</li> </ul>

**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 **1-303-338-3555** (línea TTY **711**), de lunes a viernes, de 10:00 a. m. a 3:00 p. m., MST. También puede hablar con un asesor financiero en las ubicaciones designadas de 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	e contacto: ()				
Número de seguro social:					
Dirección:					
Ciudad:	Est	tado:	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 properties tipos de ingresos que correspondan:	por todos los miembros de	e la familia en el ho	ogar. Marque TODOS los		
5	<ul> <li>Manutención/pensión alimenticia</li> <li>Pensión o jubilación/rentas vitalicias</li> <li>Seguro social/ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos</li> </ul>				
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 o Nombre	que van a presentar una Fecha de nacimiento	solicitud para el Parentesco	programa. N.º de historia clínica		
	1 1				
¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede atención médica, podemos ayudarle a comprend desea que Kaiser Permanente se comunique cor	☐ Sí, comuníquense conmigo				
Por el presente, declaro que toda la información precisa, y está completa en todos los aspectos. E responsable de pagar a Kaiser Foundation Health Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundaticonforme al Programa (es decir, los "Saldos").	Doy mi consentimiento y ta h Plan y Kaiser Foundatio	ambién reconozco n Hospitals todos	y acepto que soy los montos adeudados a		

**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.