

## Programme Assistance financière médicale (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 lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

## Programme Assistance financière médicale (MFA) de Kaiser Permanente

Si vous avez besoin d'aide pour payer les services de santé ou les médicaments que vous avez déjà reçus ou devez recevoir à Kaiser Permanente, notre programme Assistance financière médicale (Medical Financial Assistance, MFA) pourra peut-être vous aider.

### Comment le programme fonctionne

- Le programme propose des "aides financières" pour aider les demandeurs qualifiés à payer les soins en fonction de leurs besoins financiers.
- Il est ouvert à tous les patients de Kaiser Permanente, qu'ils soient membres ou non.
- Si vous êtes admissible, le programme couvrira les soins d'urgence ou médicalement nécessaires reçus de la part de fournisseurs ou dans les établissements de Kaiser Permanente, pour une durée déterminée.

### Comment être admissible

**Vous devez satisfaire à l'une des conditions d'admissibilité suivantes :\***

1. Le revenu brut de votre ménage ne dépasse pas 400 % du seuil fédéral de pauvreté.  
**\*À noter :** Si le revenu brut de votre ménage est supérieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté et/ou si vous êtes membre de Kaiser Permanente et disposez d'un plan déductible en Californie, vous devez satisfaire au critère ci-après.
2. Vos frais médicaux remboursables pour les services d'urgence ou médicalement nécessaires, ainsi que les soins dentaires et les médicaments pour une période de 12 mois sont égaux ou supérieurs à 10 % du revenu brut de votre ménage.
  - Les frais remboursables incluent les quotes-parts, la coassurance et les paiements déductibles.
  - Les frais remboursables ne comprennent pas les montants payés pour votre assurance de santé proprement dite, comme votre prime mensuelle.

#### 400 % du seuil de pauvreté déterminé par les directives fédérales de 2022 (FPG)

Si la taille de votre ménage est :	Le revenu de votre ménage ne doit pas dépasser :	
	Mensuellement	Annuellement
1	\$4 530	\$54 360
2	\$6 103	\$73 240
3	\$7 677	\$92 120
4	\$9 250	\$111 000
5	\$10 823	\$129 880
6	\$12 397	\$148 760

Rendez-vous sur [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) afin de consulter les directives pour les ménages plus importants.

**Si vous ne disposez pas d'assurance maladie, il peut être exigé que vous en demandiez une.**

- Du fait que le programme MFA ne fournit que des aides financières provisoires, il est possible que vous deviez faire une demande de couverture à long terme. Cela pourrait comprendre tout autre programme public ou privé auquel vous êtes admissible — comme Medi-Cal ou les plans subventionnés disponibles sur le marché de l'assurance maladie.
- Nous pourrions vous demander de fournir une preuve de votre demande d'inscription à ces programmes, de l'approbation ou du refus de votre demande. Mais vous serez peut-être tout de même en mesure d'obtenir une aide financière du programme MFA en attendant la décision concernant ces autres programmes.






#### Vous avez des questions ?

Pour plus d'informations sur l'éligibilité au programme MFA, ou pour savoir quels soins de santé sont pris en charge, consultez le site [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) ou appelez le **1-800-390-3507** (TTY 711).

Pour de plus amples informations concernant la couverture pour les soins de santé, appelez-nous au **1-800-479-5764** (TTY 711).

## Comment s'inscrire

Si vous remplissez les conditions d'admissibilité, vous pouvez vous inscrire de l'une des manières suivantes.

 <b>En ligne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remplir la demande MFA en ligne sur <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a>.</li><li>• Préparez-vous à fournir tous les renseignements indiqués sur la demande MFA à la page suivante.</li></ul>
 <b>Par courrier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remplissez la demande MFA à la page suivante.</li><li>• Envoyez votre demande remplie à : Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li></ul>
 <b>Par fax</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remplissez la demande MFA à la page suivante.</li><li>• Envoyez votre demande remplie par fax au <b>1-800-687-9901</b>.</li></ul>
 <b>En personne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remplissez la demande MFA à la page suivante.</li><li>• Déposez votre demande remplie au Service financier pour les patients de n'importe quel établissement Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Appel téléphonique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Appelez-nous au <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures Heure Standard du Pacifique (Pacific Standard Time, PST).</li><li>• Soyez prêts à fournir les renseignements indiqués sur la demande MFA à la page suivante.</li></ul>

**Important :** Si vous soumettez votre demande par la poste ou par fax ou la déposez en personne, veillez à fournir le plus de renseignements possible. Toute information manquante pourrait retarder le processus de demande.

### À quoi vous attendre après avoir remis la demande

Une fois que nous aurons examiné la demande remplie, nous vous ferons part de l'un des résultats suivants :

- Votre demande a été approuvée et vous obtiendrez un soutien financier.
- Pour compléter votre demande, nous avons besoin de renseignements ou de documents supplémentaires, que vous pouvez nous envoyer par la poste ou déposer en personne ; cela pourrait comprendre des justificatifs de revenus ou des copies de vos frais médicaux remboursables.
- Votre demande a été rejetée avec indications de la raison de ce refus ; dans ce cas vous pouvez faire appel de notre décision.

### Avez-vous besoin d'aide ?

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir votre formulaire de demande, veuillez appeler le **1-800-390-3507 (TTY 711)**, du lundi au vendredi, de 8 heures à 17 heures PST. Vous pouvez également parler à un conseiller financier dans un cabinet Kaiser Permanente.

## Formulaire de demande de participation au Programme Assistance financière médicale (MFA)

Nom: \_\_\_\_\_ N° de dossier médical: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° à contacter: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale (SSN): \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

**Taille du ménage:** Nombre de membres de la famille (vous y compris) vivant à votre domicile. Cela peut comprendre un conjoint ou un partenaire officiel, des enfants, des membres de la famille autres que les parents, etc.

**Revenu du ménage (mensuel):** Revenu brut total pour tous les membres du ménage.

Vérifiez TOUS les types de revenus pertinents:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Revenus professionnels/Salaires                    | <input type="checkbox"/> Pension/Pension alimentaire  |
| <input type="checkbox"/> Revenus commerciaux/Bien locatif                   | <input type="checkbox"/> Pension ou retraite/Rentes   |
| <input type="checkbox"/> Prestations de chômage/<br>Allocation d'invalidité | <input type="checkbox"/> Prestations de sécurité sociale/Allocation<br>de sécurité du revenu complémentaire/<br>Pension d'ancien combattant |

\$

**Coûts des soins de santé :** Total des frais médicaux remboursables sur une période de 12 mois pour les services de soins d'urgence ou médicalement nécessaires fournis par Kaiser Permanente ou un autre professionnel de santé. Peut comprendre les quotes-parts, les acomptes, la coassurance, ou les paiements déductibles pour les services médicaux, pharmaceutiques ou dentaires admissibles.

\$

**Veillez énumérer tous les membres de votre foyer faisant une demande dans le cadre de ce programme.**

Nom	Date de naissance	Lien de parenté	Dossier médical n°
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____

**Vous n'êtes pas assuré ? Kaiser Permanente peut vous aider.** Si vous ne disposez pas d'assurance maladie, nous pouvons vous aider à connaître vos options. Cochez cette case si vous souhaitez que Kaiser Permanente vous contacte pour discuter de vos options.

Oui, contactez-moi

Je déclare par la présente, que tous les renseignements fournis ci-dessus dans cette demande sont vrais, exacts et complets à tous les égards. Je reconnais également et j'accepte que je suis responsable envers Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals de tout montant dû à Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals pour les biens et services médicaux qui ne sont pas admissibles dans le cadre du programme (les "montants restants").

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**À noter:** Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals se réserve le droit d'utiliser les renseignements provenant d'agences d'évaluation de crédit et d'autres sources indépendantes de renseignements pour déterminer l'admissibilité aux programmes médicaux privés, d'état et fédéraux, y compris le programme MFA.