

Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) Kaiser Permanente

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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**1-800-813-2000**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 **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) Kaiser Permanente

Если Вам необходима помощь в оплате полученных либо назначенных Вами медицинских услуг или рецептурных препаратов в учреждении Kaiser Permanente, наша программа финансовой помощи на медицинские услуги (Medical Financial Assistance, MFA) может Вам помочь.

Как работает данная программа

- Программа предлагает временные «премии» подходящим по критериям заявителям в целях содействия в оплате услуг здравоохранения. Выплаты рассчитываются в соответствии с финансовыми нуждами участников.
- Содействие предлагается всем пациентам Kaiser Permanente, независимо от их участия в плане страхования.
- Если Ваше участие в программе будет одобрено, в течение определенного периода времени будут оплачиваться расходы на неотложную или необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками медицинских услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente.
- Финансовая помощь не назначается в отношении услуг, предоставленных в учреждениях вне сети Kaiser Permanente и счет на которые выставлен такими учреждениями.

Чтобы принять участие в программе,

Вы должны соответствовать ОДНОМУ из перечисленных далее наборов критериев.

1. Валовой доход Вашей семьи не должен превышать 400 % от федерального прожиточного минимума.

Количество членов семьи:	Правила в отношении Федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Guidelines, FPG) в 2023 г.			
	100 % от ежегодного валового дохода домохозяйства в размере, равном 200 % FPG, или ниже	75 % от ежегодного валового дохода домохозяйства в размере от 201 % до 300 % FPG	50 % от ежегодного валового дохода домохозяйства в размере от 301 % до 350 % FPG	25 % от ежегодного валового дохода домохозяйства в размере от 351 % до 400 % FPG
1	До \$2,430	От \$2,431 до \$3,645	От \$3,646 до \$4,253	От \$4,254 до \$4,860
2	До \$3,287	От \$3,288 до \$4,930	От \$4,931 до \$5,752	От \$5,753 до \$6,573
3	До \$4,143	От \$4,144 до \$6,215	От \$6,216 до \$7,251	От \$7,252 до \$8,287
4	До \$5,000	От \$5,001 до \$7,500	От \$7,501 до \$8,750	От \$8,751 до \$10,000
5	До \$5,857	От \$5,858 до \$8,785	От \$8,786 до \$10,249	От \$10,250 до \$11,713
6	До \$6,713	От \$6,714 до \$10,070	От \$10,071 до \$11,748	От \$11,749 до \$13,427

Посетите страницу aspe.hhs.gov/poverty, чтобы получить информацию о правилах в отношении семей, насчитывающих большее количество человек.

ИЛИ

2. Медицинские расходы из собственных средств на скорую или необходимую по медицинским показаниям помощь, стоматологические услуги и лекарственные препараты за 12-месячный период должны составлять 10 % или более от валового дохода семьи.
 - В число медицинских расходов из собственных средств входят доплаты, совместное страхование и нестрахуемый минимум.
 - Стоимость самого страхования, например ежемесячных страховых взносов, не входит в число медицинских расходов из собственных средств.

Если у Вас нет страхового полиса, Вам может потребоваться подать заявление на вступление в страховой план.

- Так как программа MFA предоставляет только кратковременную финансовую помощь, мы можем потребовать, чтобы Вы подали документы на получение страхования на длительный срок. В число частных и государственных планов, на которые Вы можете иметь право, входят программа Medicaid и субсидируемые рыночные планы здравоохранения.
- Мы можем попросить Вас предоставить доказательства того, что Вы подали заявку на участие в этих программах или что Вы были одобрены для участия или Вам было в нем отказано. Вы можете иметь право на получение финансовой помощи по программе MFA, пока ожидаете решения в отношении участия в одной из других программ.

У Вас возникли вопросы?

Для получения более подробной информации о критериях программы MFA и списка оплачиваемых услуг здравоохранения посетите страницу www.kp.org/mfa/nw или позвоните по номеру **1-800-813-2000** (линия ТТУ: 711).

Чтобы узнать подробную информацию о медицинском страховом покрытии, позвоните нам по номеру **1-800-479-5764** (линия ТТУ: 711).

Как подать заявление

Если Вы соответствуете критериям, есть несколько путей подать заявление.

	Через Интернет	- Заполните заявление на участие в программе MFA на веб-сайте www.kp.org/mfa/nw. - Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении на участие в программе MFA на следующей странице.
	Отправьте заявление по факсу	- Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице. - Отправьте заполненное заявление по факсу: 1-877-829-3547.
	Отправьте заявление по почте	- Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице. - Отправьте заявление по адресу: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
	Принесите заявление лично	- Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице. - Принесите заполненное заявление лично сотрудникам приемного отделения (регистратуры) любого учреждения Kaiser Permanente. Если у вас есть вопросы об MFA, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-503-813-2000.

Важное примечание: если Вы подаете заявление через Интернет, по почте, факсу или хотите принести его лично, удостоверьтесь, что Вы указали в нем всю необходимую информацию. Любая отсутствующая информация может задержать процесс обработки Вашего заявления.

Чего следует ожидать после подачи заявления

После того как мы рассмотрим Ваше заявление, в течение тридцати (30) дней с момента получения нами заявления Вы получите извещение, в котором может находиться один из указанных ниже вариантов ответа.

- Если Ваше заявление было одобрено, Вы получите письмо о том, что Вы имеете право на финансовую помощь.
- Если пакет документов по Вашему заявлению был неполным, Вы получите письмо с пояснением, какая информация нам нужна, чтобы завершить процесс рассмотрения Вашего заявления. Необходимую информацию Вы можете отправить нам по почте или принести лично. В число требуемых может входить документ, подтверждающий Ваши доходы, или копии документов, свидетельствующих о Ваших медицинских расходах из собственных средств.
- Если Ваше заявление было отклонено, Вы получите письмо с уведомлением о причинах отказа, и Вы сможете подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение.

Нужна помощь?

Если у Вас есть какие-либо вопросы или Вам необходима помощь в подаче заявления или проверке статуса Вашего заявления, звоните по тел. **1-800-813-2000** (линия TTY: **711**) с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00 PST.

Бланк заявления на участие в программе финансовой помощи на медицинские услуги (MFA)

Имя и фамилия: _____ Номер медицинской карты: _____

Дата рождения: ____/____/____ Контактный номер телефона: (____) _____

Номер социального страхования (SSN): _____ - _____ - _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Количество человек в семье: количество всех проживающих в доме человек (включая Вас). В это число могут быть включены супруг (-а), гражданский партнер, отвечающий критериям участия, дети, родственник-опекун и т. д.

Семейный доход (ежемесячный): валовой доход всех членов семьи. Отметьте ВСЕ источники дохода.

- ☐ Доход с места работы / заработная плата
- ☐ Доход от бизнеса / доход от сдачи недвижимости в аренду
- ☐ Пособие по безработице / пособие по инвалидности

- ☐ Алименты / пособия на детей
- ☐ Пособие или пенсия / ежегодное пособие
- ☐ Пособие по социальному страхованию / дополнительный доход по соц. обеспечению / пособие ветерану

\$ _____

Медицинские расходы: все расходы, оплаченные из собственных средств за 12 месяцев на неотложную и необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или любыми другими поставщиками медицинских услуг. К таким расходам могут относиться доплаты, взносы, совместное страхование и нестрахуемые минимумы, потраченные для оплаты одобренных медицинских, фармацевтических или стоматологических услуг.

\$ _____

Укажите всех членов семьи, которые хотят принять участие в программе.

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	Номер медицинской карты
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Не застрахованы? Мы в Kaiser Permanente готовы помочь. Если у Вас нет медицинского страхового покрытия, мы поможем Вам разобраться в существующих вариантах страхования. Отметьте этот пункт, если Вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с Вами и обсудил доступные варианты. Кроме того, Вы можете позвонить нам по номеру телефона **1-800-479-5764** (линия ТТУ: **711**), чтобы получить расчет стоимости..

☐ Да, позвоните мне

Настоящим я заявляю, что вся указанная в данном заявлении информация является достоверной, точной и полной во всех отношениях. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность перед организацией Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals по всем задолженностям за медицинские товары и услуги, расходы на оплату которых не покрываются в рамках программы (раздел «Сумма остатка»).

Подпись: _____ Дата: _____

Примечание: организация Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals сохраняет за собой право на использование информации, полученной от кредитных агентств и других независимых источников информации, в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, включая программу MFA.