

Kaiser Permanente orvosi anyagi segítség (MFA) program

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.

Kaiser Permanente orvosi anyagi segítség (MFA) program

Amennyiben anyagi támogatásra lenne szüksége teljesített vagy beütemezett orvosi ellátás kifizetésére vagy vényre felírt gyógyszerek kiváltására, egy Kaiser Permanente intézményben, az orvosi anyagi segítség (Medical Financial Assistance, MFA) program segítségével lehet.

Miként működik a program?

- A program ideiglenes “támogatásokat nyújt” az arra jogosult kérelmezők orvosi ellátásának kifizetésére, ezek pénzügyi szükségletei függvényében.
- Igénybe veheti minden Kaiser Permanente páciens, függetlenül a tagsági viszonyától.
- Amennyiben elfogadják jogosultságát, a program fedezi a sürgősségi vagy orvosilag szükséges ellátás költségeit a Kaiser Permanente szolgáltatók részéről vagy egy Kaiser Permanente intézményben, egy meghatározott ideig.

Alkalmassági feltételek

Meg kell felelnie az alábbi alkalmassági követelmények egyikének:*

1. Háztartása bruttó jövedelme nem haladja meg a szövetségi szegénységi iránymutató 400%-át.

***Megjegyzés:** Amennyiben háztartása bruttó jövedelme meghaladja a szövetségi szegénységi iránymutató 400%-át és/vagy ön Kaiser Permanente tag egy levonható programmal Kaliforniában, meg kell felelnie az alábbi feltételnek.

2. A készpénzes sürgősségi, orvosi, vagy fogorvosi ellátással kapcsolatos kiadásai az utóbbi 12 hónapban egyenlőek vagy nagyobbak, mint háztartása bruttó jövedelmének 10%-a.
 - A készpénzes orvosi költségek közé tartozik a kiegészítő kifizetés, a kiegészítő biztosítás és a leírható kifizetések.
 - A készpénzes orvosi költségek közé nem tartoznak az egészségügyi biztosítási kötvénnyel kapcsolatos költségek, mint például a havi részlet.

2022-ben a szövetségi szegénységi iránymutató (FPG) 400%-a		
Ha az egy háztartásban élő család mérete:	A család teljes bevétele nem lehet több, mint:	
	Havi	Éves
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

A nagyobb háztartásokra vonatkozó iránymutatót megtalálja az aspe.hhs.gov/poverty oldalon.

Amennyiben nincs egészségügyi biztosítása, megkérhetjük, hogy jelentkezzen egy ilyen programra.

- Mivel az MFA program csak ideiglenes anyagi támogatást nyújt, megkérhetjük, hogy jelentkezzen egy olyan programra, amely hosszú távon fedezi az orvosi ellátása költségeit. Ez bármelyik állami vagy magánbiztosítási program lehet, amelyre Ön jogosult — mint például a Medi-Cal vagy a piacon létező valamilyen más egészségügyi támogatási program.
- Kérhetjük, hogy bizonyítsa, hogy jelentkezett ezekre a programokra, vagy hogy jóváhagyták, illetve elutasították kérését. Mindazonáltal kaphat anyagi támogatást az MFA programon keresztül miközben még vár ezen programok döntésére.



Kérdése van?

Ha több információt szeretne az MFA programba való beválaszthatósággal kapcsolatban vagy szeretné tudni milyen orvosi ellátás kifizetését vállalja a program, látogasson el a <http://www.kp.org/mfa/scal> oldalra, vagy hívja a **1-800-390-3507 (TTY 711)** számot.

Hívja a **1-800-479-5764 (TTY 711)** számot további információkért az egészségügyi biztosításról.

Hogyan jelentkezhet?

Amennyiben megfelel az alkalmassági követelményeknek, bármelyik ismertetett módon jelentkezhet.

 Online	<ul style="list-style-type: none">• Töltse ki az MFA jelentkezést online www.kp.org/mfa/scal• Legyen felkészülve, hogy megadjon minden információt, amely a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapon fel van tüntetve.
 Hívjon minket telefonon	<ul style="list-style-type: none">• Hívjon minket az 1-800-390-3507 (TTY 711) számon, hétfőtől péntekig, d.e. 8:00 és d.u. 5:00 között a csendes-óceáni időzóna szerint.• Legyen felkészülve, hogy megadja a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapon kért információkat.
 Küldje el faxon	<ul style="list-style-type: none">• Töltse ki a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapot.• A kitöltött jelentkezési űrlapot küldje el a következő fax számra: 1-866-519-1693.
 Küldje el levélben	<ul style="list-style-type: none">• Töltse ki a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapot.• Küldje el levélben a kitöltött jelentkezést a következő címre: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 Adja le személyesen	<ul style="list-style-type: none">• Töltse ki a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapot.• A kitöltött jelentkezési űrlapot adja le a helyi Kaiser Permanente kórház jelentkezési osztályán.
 Találkozzon egy pénzügyi tanácsadóval	<ul style="list-style-type: none">• Találkozzon egy pénzügyi tanácsadóval az egyik kijelölt intézményünkben hétfőtől péntekig reggel 8 és délután 5 óra a PST időzóna szerint.• Legyen felkészülve, hogy megadjon minden információt, amely a következő oldalon található MFA jelentkezési űrlapon fel van tüntetve.

Fontos! Amennyiben postán vagy faxon küldi el, vagy személyesen adja le, kérjük legyen gondja rá, hogy minél teljesebben kitöltse a jelentkezési űrlapot. Bármilyen hiányzó információ késlelteti a jelentkezési eljárást.

Mire várhat, miután jelentkezett?

Miután megvizsgáltuk az ön által kitöltött jelentkezést, értesíteni fogjuk a következő döntések egyikéről:

- A jelentkezését elfogadtuk és megkapja az anyagi támogatást.
- Az igénylése elbírálásához további információkra vagy dokumentumokra van szükségünk; ezeket elküldheti levélben vagy leadhatja személyesen; ez lehet jövedelemigazolás vagy az egészségi ellátás költségeire vonatkozó számla.
- Kérését elutasították, megkapja az elutasítás megindoklását is. Ebben az esetben fellebbezhet a döntés ellen.

Segítségre van szüksége?

Ha kérdése van vagy segítségre van szüksége a jelentkezéssel kapcsolatban, hívja az **1-800-390-3507** vagy (TTY **711**) számot hétfőtől péntekig reggel 8 és délután 5 óra a PST időzóna szerint. Pénzügyi tanácsadónál is érdeklődhet bármely Kaiser Permanente intézményben.

Orvosi pénzügyi segítség (MFA) program jelentkezési űrlapja

Név: _____ Orvosi akta száma: _____

Születési dátum: ____/____/____ Kapcsolati szám: (____) _____ TB-szám (SSN): ____ - ____ - ____

Lakcím: _____

Város: _____ Állam: _____ Irányítószám: _____

Az egy háztartásban élő család mérete: Családtagok száma (Önt is beleértve), akik Önnel egy háztartásban élnek. Például házastárs, élettárs, gyermek, nem szülő gondviselő rokon, stb.

A család (havi) bruttó jövedelme: Az egy háztartásban élő összes családtag bruttó jövedelme. Jelölje meg az ÖSSZES releváns jövedelemtípust:

- Munkaviszonyból származó jövedelem/
Fizetés
- Tartásdíj/Gyermektámogatás
- Üzleti jövedelem/Bérbeadás bevétele
- Nyugdíj/Életjáradék
- Munkánélküli segély/Rokkantsági segély
- Szociális segély/Kiegészítő szociális segély/Volt katonáknak szóló juttatás

\$ _____

Egészségügyi ellátással kapcsolatos kiadások: Az utolsó 12 hónapban, a Kaiser Permanente vagy más egészségügyi szolgáltatóknak készpénzben fizetett sürgősségi vagy orvosilag szükséges szolgáltatások teljes összege. Ezek közé tartozik: kiegészítő kifizetés, letétek, kiegészítő biztosítás és a sürgősségi vagy orvosilag szükséges szolgáltatások leírható kifizetései, illetve a fogszakorvosi ellátás.

\$ _____

Kérjük, sorolja fel az Önnel egy háztartásban élő, a programra jelentkező összes családtagot.

Név	Születési dátum	Rokoni kapcsolat	Orvosi akta száma
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Nincs egészségügyi biztosítása? A Kaiser Permanente segíthet. Amennyiben nem rendelkezik egészségügyi biztosítással, segíthetünk opciói megértésében.

Jelölje ki ezt a négyzetet, ha szeretné, hogy a Kaiser Permanente kapcsolatba lépjen Önnel a lehetőségeire vonatkozó tájékoztatás céljából.

Igen, kérem lépjenek kapcsolatba velem

Ezennel nyilatkozom, hogy minden fenti, a jelen jelentkezésben megadott információ minden szempontból valós, pontos és teljes. Tudomásul veszem és elfogadom azt is, hogy köteles vagyok kifizetni a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals részére minden, a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals-tól kapott orvosi javak és szolgáltatások árából adódó összeget, amelyet a Program nem fedez ("fennmaradó összegek").

Aláírás: _____ Dátum: _____

Megjegyzés: a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals fenntartja azon jogát, hogy felhasználja a fogyasztói hiteljelentési ügynökségtől és más külsős információforrásoktól rólam szerzett információkat, hogy meghatározzák az alkalmasságomat a szövetségi, állami és magán orvosi programokra, beleértve az MFA programot is.