

## 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 **1-800-966-5955** 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**1-800-966-5955**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 **1-800-966-5955** y pida ayuda lingüística. 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.
- La asignación no se aplica a los servicios de atención para la salud que son proporcionados y facturados fuera de Kaiser Permanente.

## Cómo reunir los requisitos

Para reunir los requisitos, debe cumplir UNO de los siguientes conjuntos de criterios:

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.

| <b>Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) de 2023</b> |  |  |
|--|--|--|
| Si el tamaño de su grupo familiar es:  | Su ingreso familiar debe ser menor de:   |  |
|  | Se otorga el 100% por ingresos brutos mensuales iguales o inferiores al 200% de la FPG | Se otorga el 50% por ingresos brutos mensuales entre 201% y 300% de la FPG |
| 1  | Hasta \$2,795  | De \$2,796 hasta \$4,193   |
| 2  | Hasta \$3,780  | De \$3,781 hasta \$5,670   |
| 3  | Hasta \$4,765  | De \$4,766 hasta \$7,148   |
| 4  | Hasta \$5,750  | De \$5,751 hasta \$8,625   |
| 5  | Hasta \$6,735  | De \$6,736 hasta \$10,103  |
| 6  | Hasta \$7,720  | De \$7,721 hasta \$11,580  |

O

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 QUEST Integration, o los planes subsidiados disponibles en los mercados de seguros médicos.
- 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.

Visite [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) (en inglés) para consultar las pautas para grupos familiares más grandes.






### ¿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/hawaii](https://kp.org/mfa/hawaii) (en inglés) o llame al **1-808-432-7940** (TTY 711) o al **1-800-598-5928** (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.

|  |   |
|--|---|
|  <p><b>En línea</b></p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de MFA en línea en <a href="http://www.kp.org/mfa/hawaii">www.kp.org/mfa/hawaii</a> (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>   |
|  <p><b>Por fax</b></p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>• Envíe por fax su solicitud completada al <b>1-808-432-7950</b>.</li> </ul>  |
|  <p><b>Por correo postal</b></p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>• Envíe su solicitud completa por correo postal a:<br/>Kaiser Permanente,<br/>Attn: MFA Program - Business Services<br/>3288 Moanalua Road<br/>Honolulu, HI 96819</li> </ul>  |
|  <p><b>Entréguela en persona</b></p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.</li> <li>• Entregue su solicitud completada en cualquier centro de atención de Kaiser Permanente.</li> </ul>   |
|  <p><b>Reúnase con un asesor financiero</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúnase con un asesor financiero en uno de nuestros centros de atención designados, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., Hora Estándar de Hawaii (HST).</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> |

**Importante:** Al realizar la solicitud en línea, 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 en un plazo de treinta (30) días de recibirla:

- Si se aprueba su solicitud, recibirá una carta para notificarle sobre su asignación financiera.
- Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta que le explicará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información solicitada por correo postal o llevarla en persona, y puede incluir pruebas de los ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si su solicitud es denegada, recibirá una carta que le notificará por qué fue denegada, en cuyo caso podrá apelar nuestra decisión.

### ¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud o necesita revisar el estado de esta, llame al **1-808-432-7940** (TTY **711**) o al **1-800-598-5928** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m., HST. También puede hablar con un asesor financiero en alguna de nuestros centros de atención designados.

## Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ 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 por todos los miembros de la familia en el hogar. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos laborales/salarios                            | <input type="checkbox"/> Manutención/pensión alimenticia  |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por negocios/<br>renta de propiedades         | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación/rentas vitalicias                                     |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo/<br>ingresos por discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro social/ingreso de seguro<br>suplementario/beneficios para veteranos |

\$ \_\_\_\_\_

**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 que van a presentar una solicitud para el programa.**

| Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco | N.º de historia clínica |
|--------|---------------------|------------|-------------------------|
| _____  | ____/____/____      | _____      | _____                   |
| _____  | ____/____/____      | _____      | _____                   |
| _____  | ____/____/____      | _____      | _____                   |
| _____  | ____/____/____      | _____      | _____                   |
| _____  | ____/____/____      | _____      | _____                   |

**¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudarle.** Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunice con usted para hablar sobre sus opciones, o puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo

Por el presente, declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa, y está completa en todos los aspectos. Doy mi consentimiento y también reconozco y acepto que soy responsable de pagar a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals todos los montos adeudados a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals por servicios y artículos médicos que no sean elegibles conforme al Programa (es decir, los "Saludos").

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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.