

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 **1-800-813-2000** 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.

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 aplica para los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de Kaiser Permanente.

Cómo reunir los requisitos

Para calificar debe reunir **UNO** de los siguientes conjuntos de requisitos:

1. Su ingreso familiar bruto no supera el 300% del nivel federal de pobreza.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2023			
Si el tamaño de su grupo familiar es:	Su ingreso familiar debe ser menor de:		
	Asignación del 100 % para ingresos brutos mensuales iguales o inferiores al 200 % de las FPG	Asignación del 75 % por ingresos brutos mensuales de entre el 201 % y el 250 % de las FPG	Asignación del 50 % por ingresos brutos mensuales de entre el 251 % y el 300 % de las FPG
1	Hasta \$2,430	\$2,431 a \$3,038	\$3,039 a \$3,645
2	Hasta \$3,287	\$3,288 a \$4,108	\$4,109 a \$4,930
3	Hasta \$4,143	\$4,144 a \$5,179	\$5,180 a \$6,215
4	Hasta \$5,000	\$5,001 a \$6,250	\$6,251 a \$7,500
5	Hasta \$5,857	\$5,858 a \$7,321	\$7,322 a \$8,785
6	Hasta \$6,713	\$6,714 a \$8,392	\$8,393 a \$10,070

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

O BIEN

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.
- 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/wa (en inglés) o llame al **1-800-442-4014 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico.

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.

 En línea	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA en línea en www.kp.org/mfa/wa (en inglés).• Esté listo para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA en la siguiente página.
 Por fax	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Envíe por fax su solicitud completada al 1-206-877-0640.
 Por correo postal	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Envíe su solicitud completa por correo postal a: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 Entréguela en persona	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Entregue su solicitud completada en la Oficina Administrativa o en la recepción de cualquier centro de atención de Kaiser Permanente.

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 dentro de los treinta (30) días posteriores a que se recibió:

- Si su solicitud se aprueba, recibirá una carta notificándole de su asignación financiera.
- Si su solicitud no está completa, recibirá una carta explicándole qué información se necesita para procesar su solicitud, la cual puede enviar por correo postal o entregarla en persona; esta puede incluir comprobantes de ingresos o copias de los gastos pagados de su propio bolsillo.
- Si su solicitud es denegada, recibirá una carta explicándole 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 verificar el estado de su solicitud, llame al **1-800-442-4014** (línea TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., PST. También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro médico 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 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/
renta de propiedades | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación/rentas vitalicias |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo/
ingresos por discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro social/ingreso de seguro
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 comuniquen con usted para hablar sobre sus opciones o llámenos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener un presupuesto.

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 "SalDOS").

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.