

Programme Kaiser Permanente Aide médicale financière (MFA)

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 Kaiser Permanente Aide médicale financière (MFA)

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 d'aide médicale financière (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 selon 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 qui sont médicalement nécessaires reçus des 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. Votre revenu brut du ménage ne dépasse pas 350 % du seuil fédéral de pauvreté.

***Prendre note :** Si le revenu brut de votre ménage est supérieur à 350 % 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.

350 % du seuil de pauvreté déterminé par les directives fédérales		
Si la taille de votre ménage est :	Votre revenu du ménage ne doit pas dépasser :	
	Mensuellement	Annuellement
1	3 722 \$	44 640 \$
2	5 028 \$	60 340 \$
3	6 335 \$	76 020 \$
4	7 642 \$	91 700 \$
5	8 948 \$	107 380 \$
6	10 255 \$	123 060 \$

Rendez-vous sur aspe.hhs.gov/poverty afin de consulter les directives pour les familles plus nombreuses.

Des questions ?





Pour en savoir plus sur l'admissibilité au programme MFA, ou pour connaître les services de santé qu'il couvre, rendez-vous sur www.kp.org/mfa/ncal.

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, ou 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 de ces autres programmes.
- Pour en savoir plus sur les autres protections en matière de services de santé auxquelles vous pourriez avoir droit, rendez-vous sur healthcare.gov ou appelez le **1-800-318-2596**.

Comment s'inscrire

Si vous satisfaites aux exigences d'admissibilité, vous pouvez vous inscrire de l'une des manières suivantes.

 Par courrier	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez la demande MFA à la page suivante.• Envoyez votre demande remplie à : Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 Par fax	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez la demande MFA à la page suivante.• Envoyez votre demande remplie par fax au 1-800-687-9901.
 En personne	<ul style="list-style-type: none">• Remplissez la demande MFA à la page suivante.• Déposez votre demande remplie au service financier des patients auprès d'un établissement Kaiser Permanente.
 Appel téléphonique	<ul style="list-style-type: none">• Appelez-nous au 1-800-390-3507 (TTY 711), du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures HNP.• Préparez-vous à fournir les renseignements indiqués sur la demande MFA à la page suivante.

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

A quoi vous attendre après avoir remis la demande

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

- Votre demande a été approuvée et vous obtiendrez un soutien financier.
- Pour compléter votre demande, il nous faut des renseignements ou des 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 en indiquant la raison de ce refus, en quel cas vous pouvez faire appel de notre décision.

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 HNP. Vous pouvez également parler à un conseiller financier dans un cabinet Kaiser Permanente.

Formulaire de demande au programme d'aide financière (MFA) pour services médicaux

Nom : _____ N° de dossier médical : _____

Date de naissance : ___/___/___ No à contacter : (____) _____ N° de sécurité sociale : ____-____-____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Taille du ménage : Nombre de membres de la famille (vous y compris) qui vivent 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/
Allocatin d'invalidité | <input type="checkbox"/> Prestations de sécurité sociale/Allocation
de sécurité du revenu complémentaire/
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 copaiements, 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 comprendre 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, sous peine de parjure, que tous les renseignements fournis ci-dessus dans cette demande sont vrais et exacts à tous les égards. Je reconnais également et j'accepte que je suis responsable envers Kaiser Foundation Health Plan et Kaiser Foundation Hospitals de tout montant dû à Kaiser Foundation Health Plan et Kaiser Foundation Hospitals pour les biens et services médicaux qui ne sont pas admissibles en vertu du programme (les « montants restants »).

Signature : _____ Date : _____

Prendre note : Kaiser Foundation Health Plan et Kaiser Foundation 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.