

# התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) של Kaiser Permanente

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** 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.

## התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) של Kaiser Permanente

אם יש לך צורך בסיוע כדי לעמוד בתשלומים עבור שירותי בריאות או עבור תרופות מרשם שעליך ליטול כעת או בעתיד הקרוב, המסופקים על-ידי Kaiser Permanente, ייתכן שהתכנית שלנו (MFA) - Medical Financial Assistance, לסיוע במימון טיפולים רפואיים תוכלי להגיש לך סיוע זה.

### כיצד פועלת התכנית?

- התכנית מציעה למבקשים, אשר מוכרים כזכאים לכך בהתאם למצבם הכלכלי, 'מענקים' זמניים, כסיוע בתשלום עבור טיפול רפואי שמוענק להם.
- סיוע זה זמין לכל המטופלים שמוענק להם טיפול רפואי על-ידי שירותי Kaiser Permanente, ללא התניית חברות.
- אם נקבעה זכאותך למענק כזה, התכנית תכסה למשך תקופה מוגדרת את עלות טיפולי החירום וטיפולים רפואיים נדרשים שתקבלי מנותני השירות של Kaiser Permanente ובמתקניה.

### זכאות

#### עליך לעמוד לפחות באחת מדרישות-הסף הבאות לזכאות:

1. ההכנסה ברוטו של משק הבית לא יכולה להיות גבוהה מ-350% מערך 'קו העוני הפדרלי'.

\***הערה:** אם ההכנסה ברוטו של משק הבית גבוהה מ-350% מערך 'קו העוני הפדרלי' ו/או אם את/ה חבר/ה ב-Kaiser Permanente ויש לך פוליסה שניתנת לניכוי ממס במדינת קליפורניה, עליך לעמוד בקריטריונים שלהלן כדי להיות זכאי/ת לקבלת סיוע מהתכנית.

2. במשך תקופה של 12 חדשים שילמת מסיך עבור טיפולי חירום או טיפולים רפואיים נדרשים, טיפולי שניים ותרופות, סכום שגבוה מ-10% מההכנסה ברוטו של משק הבית שלך.

◦ 'הוצאות המשולמות מסיך' כוללות השתתפות עצמית בעלות השירות בתשלום סכום קבוע, השתתפות עצמית באחוזים מהסכום המוגדר, והשתתפות עצמית שנתית.

◦ 'הוצאות המשולמות מסיך' אינן כוללות תשלומים כלשהם עבור פוליסת ביטוח הבריאות עצמה, למשל, תשלום פרמיה חודשית.

הנחיות למקרה של הכנסת משק בית שאינה גבוהה מ-350% מערך מערך 'קו העוני הפדרלי'		
הכנסת משק הבית אינה יכולה להיות גבוהה מ:		מספר האנשים במשק הבית:
שנתית	חודשית	
44,660 \$	3,722\$	1
60,340 \$	5,028 \$	2
76,020 \$	6,335 \$	3
91,700 \$	7,642 \$	4
107,380 \$	8,948 \$	5
123,060 \$	10,255 \$	6

מידע על אודות ההנחיות לגבי משקי בית גדולים יותר, מוצע בכתובת [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).

### מענה על שאלות

למידע נוסף על אודות המדדים לזכאות לקבלת תמיכה מהתכנית MFA, או כדי לברר אילו שירותי בריאות מכוסים על-ידיה, בקר/י בכתובת [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal).

**אם אין לך ביטוח בריאות, ייתכן שתידרשי/י להגיש בקשה לקבלת ביטוח כזה.**

- מכיוון שהתכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) מעניקה 'מענקים' זמניים בלבד, ייתכן שתתבקשי/י על-ידינו להגיש בקשה לכיסוי ביטוחי לטווח ארוך. בקשה זו ניתנת להגיש לכל תכנית אחרת לביטוח בריאות, ציבורית או פרטית, שאת/ה זכאי/ת לה, למשל התכנית Medi-Cal או פוליסות ביטוח בריאות שזמינות בשוק החופשי.
  - ייתכן שתתבקשי/י להציג לנו הוכחה לכך שהגשת בקשה לתכניות בריאות אלה, או לכך שבקשתך זו אושרה או נדחתה. בכל מקרה, תוכלי לקבל סיוע במימון מהתכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) בעודך ממתין/ממתינה לקבלת ההחלטה מתכניות ביטוח אלה.
  - מידע נוסף על אודות תכניות אחרות לביטוח בריאות שיתכן שאת/ה זכאי/ת להן, מוצע באתר [healthcare.gov](http://healthcare.gov).
- תוכלי גם להתקשר למספר הטלפון **1-800-318-2596**.

## כיצד להגיש בקשה

אם את/ה עומד/ת בקריטריונים לזכאות, תוכל/י להגיש בקשה בכל אחת מהדרכים הבאות.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• התקשר/י אלינו למספר הטלפון <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, בימים שני עד שישי, החל מהשעה 8:00 בבוקר ועד לשעה 5:00 לפנות ערב (הזמן התקני לאזור האוקיינוס השקט, PST).</li> <li>• היה/הי מוכן/מוכנה לפרט את המידע הנדרש בטופס הבקשה של התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים, MFA, שבעמוד הבא.</li> </ul>	<p><b>פניה טלפונית אלינו</b></p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מלא/י את טופס הבקשה של התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) שבעמוד הבא. שלח/י את הטופס המלא אל הכתובת: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>	<p><b>משלוח בדואר</b></p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מלא/י את טופס הבקשה של התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) שבעמוד הבא. שלח/י את הטופס שמילאת באמצעות פקס אל המספר <b>1-800-687-9901</b>.</li> </ul>	<p><b>משלוח באמצעות פקס</b></p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מלא/י את טופס הבקשה של התכנית לסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA) שבעמוד הבא. הגש/הגשי את טופס הבקשה המלא ישירות למחלקת 'חשבונות מטופלים' (Patient Financial Operations) בכל מתקן שירות של Kaiser Permanente</li> </ul>	<p><b>מסירה ידנית</b></p> 

**חשוב:** במקרה של משלוח הבקשה באמצעות הדואר או פקס, או אם הבקשה מוגשת באופן אישי, ודא/י שמילאת את טופס הבקשה כמיטב יכולתך. כל מידע שהוא שייחסר, עלול לגרום לעיכוב בטיפול בבקשה.

### למה לצפות לאחר הגשת הבקשה

לאחר שנקבל את טופס הבקשה המלא, תקבל/י אחת מההודעות הבאות:

- בקשתך אושרה ואת/ה זכאי/ת לסיוע בתשלום.
- כדי להשלים את הטיפול בבקשתך, יש לנו צורך במידע נוסף או במסמכים, אשר תוכל/י לשלוח אלינו בדואר או להגישם באופן אישי. מידע ומסמכים אלה יכולים לכלול הוכחה של רמת ההכנסה של משק הבית או עותקים של קבלות על תשלומי הוצאות שבוצעו מניסך.
- בקשתך נדחתה, והנימוקים לדחייה. במקרה כזה תוכל/י להגיש ערעור על החלטתנו.

### זקוק/ה לעזרה?

אם יש לך שאלות נוספות כלשהן או שאת/ה זקוק/ה לעזרה במילוי טופס הבקשה, התקשר/י למספר הטלפון **1-800-390-3507 (TTY 711)**, בימים שני עד שישי, החל מהשעה 8:00 בבוקר ועד לשעה 5:00 לפנות ערב (הזמן התקני לאזור האוקיינוס השקט, PST). תוכל/י גם לשוחח עם יועץ פיננסי בכל אחד ממרכזי השירות של Kaiser Permanente הקרובים למקום מגוריך.

## טופס בקשה לתכנית לסייע במימון טיפולים רפואיים (MFA)

שם: \_\_\_\_\_ מספר התיק הרפואי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ מספר הטלפון: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

מספר מזהה של הביטוח הלאומי (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

עיר: \_\_\_\_\_ מדינה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

**גודל משק הבית:** מספר בני המשפחה (ואת/ה בכללם), אשר מתגוררים בביתך. במספר זה נכללים האישה או הבעל, בת/בן זוג מוכרים רשמית (ידועים בציבור), ילדים, קרוב/ת משפחה מטפלת, שאינו ההורה, וכד'.

**הכנסת משק הבית (חודשית):** ההכנסה החודשית ברוטו של כל הנכללים במשק הבית.  
 מן/סמני את כל הסוגים המתאימים:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> הכנסה ושכר מעבודה                     | <input type="checkbox"/> גמלה או פנסיית פרישה מעבודה / מענק או קצבה שנתית         |
| <input type="checkbox"/> הכנסה ממסחר ומעסקים/משכר דירה ומנכסים | <input type="checkbox"/> דמי ביטוח לאומי / אבטחת הכנסה משלימה / קצבת אבטלה / נכות |
| <input type="checkbox"/> דמי מזונות / קצבת תמיכה לילד          | <input type="checkbox"/> קצבאות משוחררי צבא                                       |

\$

**תשלומים עבור שירותים רפואיים:** סך כל ההוצאות שמשק הבית שילם מכיסו במשך 12 חדשים עבור טיפולי חירום או טיפולים רפואיים נדרשים, אשר הוענקו לחבריו על-ידי שירותי Kaiser Permanente או גורם אחר שמעניק שירותי בריאות ורפואה. תשלומים אלה יכולים לכלול השתתפות עצמית בסכום קבוע, הפקדות, השתתפות עצמית באחוזים מהסכום המוגדר או השתתפות עצמית שנתית, שמשלמים עבור טיפולים רפואיים או דנטליים מאושרים, או תרופות מאושרות.

\$

**פרט/י את כל הנכללים במשק הבית, אשר מגיש את הבקשה לתכנית זו.**

שם	תאריך לידה	טיב הקשר	מספר התיק הרפואי
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**לא מבוטח? Kaiser Permanente יכולה לסייע.** אם אין לך ביטוח בריאות, נוכל לסייע לך להבין את האפשרויות הפתוחות בפניך. סמן/סמני בתיבה זו, אם ברצונך שנציגי Kaiser Permanente יתקשרו אליך כדי לדון עמך בעניין.

כן, התקשרו אלי

הריני מצהיר/ה תחת אזהרה כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק במקרה של שבועת שקר, כי כל המידע שפירטתי בטופס בקשה זה הוא נכון ומדויק מכל הבחינות. אני גם מאשר/ת ונותן/נותנת את הסכמתי בזאת לחבותי כלפי <sup>1</sup>Kaiser Foundation Health Plan ו- <sup>2</sup>Kaiser Foundation Hospitals בנוגע לכל סכום שהוא שמגיע ל- <sup>1</sup>Kaiser Foundation Health Plan ו- <sup>2</sup>Kaiser Foundation Hospitals עבור אביזרים, ואמצעים ושירותים רפואיים שאינם מכוסים על-ידי התכנית ("הסכומים הנותרים").

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**הערה:** <sup>1</sup>Kaiser Foundation Health Plan ו- <sup>2</sup>Kaiser Foundation Hospitals שומרים לעצמם את הזכות להשתמש במידע מסוכנויות שמדווחות על מצב האשראי של לקוחות וממקורות אחרים מצד שלישי, במטרה לוודא את מידת הזכאות של המבקש/ת לביטוח בריאות באמצעות תכניות פדרליות, תכניות של המדינה עצמה ותכניות של חברות פרטיות, ובכללן התכנית לסייע במימון טיפולים רפואיים (MFA).