

## Kaiser Permanente 의료비 지원 (MFA) 프로그램

---

### 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 의료비 지원 (MFA) 프로그램

Kaiser Permanente에서 이미 받았거나 받을 예정인 진료나 처방 약값 지불에 도움이 필요하다면 저희 의료비 지원 (Medical Financial Assistance, MFA) 프로그램의 도움을 받을 수도 있습니다 .

### 의료비 지원 프로그램 지원 방식

- 본 프로그램은 유자격 신청자들의 재정 필요에 따라 치료비 지불에 도움이 필요한 사람들에게 일시적으로 “의료비 지원”을 제공합니다 .
- 본 프로그램은 Kaiser Permanente 가입 여부에 관계 없이 모든 Kaiser Permanente 환자들이 이용할 수 있습니다 .
- 자격이 되는 경우, Kaiser Permanente 의사 또는 Kaiser Permanente 시설에서 받은 응급 또는 의학적으로 반드시 필요한 치료 비용만 지원해 드립니다 .

### 자격 요건

의료비 지원을 받을 수 있는 자격이 되려면 다음 중 하나를 충족해야 합니다 .\*

1. 귀하의 총 가계 소득이 연방 빈곤 지표 (Federal Poverty Guidelines)의 350% 이내여야 함.

\*참고: 귀하의 총 가계 소득이 연방 빈곤수준의 350%를 초과 및/또는 캘리포니아 주의 공제금 (deductible) 플랜에 든 Kaiser Permanente 가입자일 경우, 아래의 기준을 반드시 충족해야 합니다 .

2. 12개월 동안의 응급 또는 의료적으로 필요한 치료, 치과 치료, 약값에 대한 가입자 부담금이 총 가계 소득이 10% 이상이어야 함.
  - 가입자 부담 비용에는 코페이, 공동보험금, 공제금 비용이 포함됩니다 .
  - 가입자 부담금에는 월 보험료처럼 귀하의 건강 플랜 자체에 내는 지불금 등은 제외됩니다 .

연방 빈곤수준 가이드라인의 350%		
가족 인원수 :	가계 소득이 다음 금액 이하여야 함	
	월 소득	연 소득
1	\$3,722	\$44,660
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

가족 인원수가 더 많을 경우 [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) 에서 가이드라인을 확인하십시오 .

### 문의 사항:

MFA 프로그램 자격에 대한 상세 정보나 본 프로그램이 지원하는 의료서비스를 확인하려면 [www.kp.org/mfa](http://www.kp.org/mfa) 를 방문하십시오 .

### 건강보험이 없을 경우 건강보험을 신청해야 할 수도 있습니다 .

- MFA 프로그램을 통한 재정 지원은 단지 일시적으로만 제공됩니다 . 따라서 저희는 장기적인 의료비 부담을 위해 귀하께 건강보험을 신청하도록 할 수 있습니다 . 이 건강보험에는 Medicaid 해당 건강보험 시장에서 구매할 수 있는 보조 건강플랜 등, 자격이 되는 모든 공공 또는 민간 건강보험 프로그램 등이 포함될 수 있습니다 .
- 저희는 이들 프로그램에 대한 신청 사실 또는 승인이나 거부된 사실을 입증하는 서류를 제시하도록 요구할 수 있습니다 . 이들 프로그램으로부터의 결과를 기다리는 동안 MFA 자격을 얻을 수도 있습니다 .
- 가입자격이 가능한 기타 건강보험에 관한 상세 정보는 [healthcare.gov](http://healthcare.gov) 를 방문하거나 1-800-318-2596 로 전화하십시오 .

## 신청 방법

자격 요건을 충족할 경우 다음 방법으로 신청할 수 있습니다 .

 <b>재정 상담사와 상담</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 월~금요일 , 오전 8:00 - 오후 5:00(태평양표준시간 ) 사이에 저희 한 지정 시설의 재정 상담사를 만납니다 .</li> <li>· 다음 장에 있는 MFA신청서에 기재된 모든 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오 .</li> </ul>
 <b>전화</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 월~금요일 , 오전 8:00 - 오후 5:00(태평양표준시간 ) 사이에 <b>1-800-390-3507(TTY 711)</b>번으로 전화합니다 .</li> <li>· 다음 장에 있는 MFA신청서에 기재된 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오 .</li> </ul>
 <b>우편</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 다음 장에 있는 MFA신청서를 작성합니다 .</li> <li>· 작성한 신청서를 다음 주소로 보냅니다 . Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <b>팩스</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 다음 장에 있는 MFA신청서를 작성하십시오 .</li> <li>· 작성한 신청서를 <b>1-866-497-000</b>번으로 팩스합니다 .</li> </ul>
 <b>직접 제출</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 다음 장에 있는 MFA신청서를 작성하십시오 .</li> <li>· 작성한 신청서를 지역의 Kaiser Permanente 병원 입원수속부 에 제출합니다 .</li> </ul>

**중요:** 우편이나 팩스로 신청하거나 직접 제출하는 경우, 가능한 한 빠진 곳 없이 완벽하게 작성해 주십시오 . 빠진 정보가 있으면 신청 절차가 지연될 수 있습니다 .

### 신청 후 절차

신청서는 검토 후 다음 결과 중에서 알려드립니다 .

- 귀하의 신청서가 승인되었으며 의료비 지원을 받게 됨.
- 신청서 작성이 미비해 추가 정보나 입증서류가 필요함 . 우편으로 보내거나 직접 제출하면 됩니다 .  
이에는 소득증명서 , 가입자 부담금 내역 사본 등이 포함됩니다 .
- 귀하의 신청서가 거부되었음 (이유 설명). 이 경우 저희 결정에 대해 항소하실 수 있습니다 .

### 도움이 필요하십니까 ?

질문이 있거나 신청서 작성에 도움이 필요한 경우, 월~금요일 , 오전 8:00에서 오후 5:00 (태평양표준시간 ) 사이에 **1-800-390-3507(TTY 711)**번으로 전화하십시오 . 또한 Kaiser Permanente 시설 어디든 재정 상담사와 상담하실 수도 있습니다 .

## 의료비 지원(MFA) 프로그램 신청서

성명: \_\_\_\_\_ 의무기록번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 연락처: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

**가족 인원수:** 가정 내 살고 있는 가족 인원(본인 포함) 수. 배우자 또는 자격이 있는 동거파트너, 자녀, 부모가 아닌 간병인 친척, 등등 포함 가능.

**가계 소득(월 소득):** 가정 내 가족 전원의 총 소득. 해당하는 소득 유형에 “모두” 표기하십시오:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 근로소득/임금      | <input type="checkbox"/> 이혼 수당/아동 양육비        |
| <input type="checkbox"/> 사업소득/임대 부동산  | <input type="checkbox"/> 퇴직플랜급부금/퇴직금/연금      |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당/장애인 소득 | <input type="checkbox"/> 사회보장/생계보조비/퇴역 군인 수당 |

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

**건강관리 비용:** 지난 12개월에 걸쳐 Kaiser Permanente 또는 기타 의료서비스 제공자가 제공한 응급 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 가입자 부담 의료비 총액. 가입자 부담 의료비에는 적격 의료, 약국 또는 치과 진료에 대한 코페이(copay), 공동보험금(coinsurance) 및 공제(deductible) 지불금 등이 포함됩니다.

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

**본 프로그램을 신청하는 귀하의 가족 전원을 기재해 주십시오.**

성명	생년월일	관계	의무기록번호
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**아직 건강보험이 없으십니까? Kaiser Permanente가 도와드릴 수 있습니다.** 아직 건강보험이 없다면 저희가 귀하의 옵션을 알려드리겠습니다. Kaiser Permanente에서 귀하께 연락해 해당 옵션을 알려드리기를 원하면 다음 네모 칸에 체크로 표해 주십시오.

네, 연락해 주십시오

본인은 위증의 경우 처벌을 받는다는 전제 하에 본 신청서의 앞부분에서 명시한 모든 정보가 모든 측면에서 진실되며 정확함을 선언합니다. 본인은 또한 본 프로그램에 의해 자격이 없는 의료용 물품 및 서비스에 대해 Kaiser Foundation Health Plan 및 Kaiser Foundation Hospitals에 갚아야 할 모든 금액에 대해 Kaiser Foundation Health Plan 및 Kaiser Foundation Hospitals에 변상해야 한다는 점을 알고 있으며 그에 동의합니다(“잔여 금액”).

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**참고:** Kaiser Foundation Health Plan 및 Kaiser Foundation Hospitals는 소비자 신용 평가 기관 및 기타 제삼자 정보 출처로부터 얻은 정보를 사용하여 연방, 주, 또 MFA 프로그램을 포함한 민간 의료 프로그램에 대한 적격성 여부를 판단할 권한이 있습니다.