

# Programa de Assistência Financeira Médica (MFA) da 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.

## Programa de Assistência Financeira Médica (MFA) da Kaiser Permanente

Se precisar de ajuda ao pagamento de serviços de saúde ou de receitas que recebeu, ou está previsto receber, da Kaiser Permanente, o nosso Programa de Assistência Financeira Médica (Medical Financial Assistance Program, MFA) é capaz de o ajudar.

### Como o programa funciona

- O programa oferece «prêmios» temporários para ajudar os candidatos qualificados a pagar os cuidados de saúde com base nas suas necessidades financeiras.
- Está disponível para todos os pacientes da Kaiser Permanente, quer sejam membros ou não.
- Se atribuído, o programa irá cobrir os cuidados de emergência ou clinicamente necessários dos fornecedores da Kaiser Permanente ou nas instalações da Kaiser Permanente durante um período de tempo específico.

### Como qualificar-se

**Tem de cumprir um dos seguintes requisitos de elegibilidade:\***

1. O rendimento bruto do seu agregado familiar não pode ser superior a 350% do limiar de pobreza federal.

**\*Nota:** Se o rendimento bruto do seu agregado familiar for superior a 350% do limiar de pobreza federal e/ou for membro da Kaiser Permanente com um plano dedutível na Califórnia, tem de cumprir o critério infra.

2. As suas despesas de saúde correntes para cuidados de emergência ou clinicamente necessários, os cuidados dentários, e a medicação por um período de 12 meses são iguais ou superiores a 10% do rendimento bruto do seu agregado familiar.
  - As despesas correntes incluem coparticipações, cosseguro e pagamentos dedutíveis.
  - As despesas correntes não incluem quaisquer pagamentos para o seu plano de saúde em si, tais como o seu prêmio.

orientações do limiar de pobreza federal de 350%		
Se a dimensão do seu agregado familiar for:	O rendimento do seu agregado familiar não pode ser superior a:	
	Mensal	Anual
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

Visite [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) para consultar as orientações para agregados familiares maiores.

### Tem perguntas?






Para mais informações sobre como qualificar-se para o programa MFA, ou para consultar que serviços de saúde este paga, visite [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

### Se não tem seguro de saúde, poderá ter de se candidatar a ele.

- Dado que o programa MFA só atribui prêmios financeiros temporários, poderá ter de requerer a sua cobertura a longo prazo. Isso poderá incluir quaisquer outros programas de saúde públicos ou privados para os quais é elegível — tais como Medi-Cal ou planos subsidiados disponíveis nos mercados de seguros de saúde.
- Poderemos pedir-lhe que nos mostre um comprovativo do seu pedido de inscrição para estes programas ou que foi aprovado(a) ou recusado(a) para os mesmos. Mas poderá ainda obter apoio financeiro do programa MFA enquanto aguarda uma decisão destes outros programas.
- Para mais informações sobre a cobertura de saúde para a qual pode ser elegível, visite [healthcare.gov](http://healthcare.gov) ou ligue para o **1-800-318-2596**.

## Como candidatar-se

Se cumprir os requisitos de elegibilidade, pode candidatar-se de qualquer destas formas.

 <b>Ligue-nos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ligue-nos através do <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 Horário do pacífico.</li><li>• Prepare-se para fornecer as informações mencionados no requerimento MFA na página seguinte.</li></ul>
 <b>Envie-o por fax</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.</li><li>• Envie o seu requerimento preenchido por fax para <b>1-866-497-0005</b>.</li></ul>
 <b>Envie-o por correio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.</li><li>• Envie o seu requerimento preenchido para: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>Entregue-o</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.</li><li>• Entregue o seu requerimento preenchido no Departamento de Admissão do seu Hospital Kaiser Permanente local.</li></ul>
 <b>Reúna-se com um consultor financeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reúna-se com um consultor financeiro numa das nossas instalações designadas, de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00 Horário do pacífico.</li><li>• Prepare-se para fornecer todas as informações mencionados no requerimento MFA na página seguinte.</li></ul>

**Importante:** Ao apresentar o requerimento por correio ou fax, ou quando entrega o seu requerimento pessoalmente, certifique-se de que preenche o requerimento o mais completo possível. Qualquer informação em falta pode atrasar o processo de candidatura.

### O que esperar depois de se candidatar

Após análise do seu requerimento preenchido, será informado de um dos seguintes resultados:

- O seu requerimento foi aprovado e irá receber um prêmio financeiro.
- Para concluir o requerimento, precisamos de informações ou documentos adicionais, que pode enviar-nos por correio ou entregar pessoalmente; isto poderá incluir a prova de rendimentos ou as cópias das suas despesas correntes.
- O seu requerimento foi recusado e foi junta a fundamentação da sua recusa, sendo que nesse caso pode contestar a nossa decisão.

### Precisa de ajuda?

Se tiver alguma pergunta ou precisar de ajuda com os seu requerimento, ligue-nos através do **1-800-390-3507 (TTY 711)**, de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00 Horário do pacífico. Também pode falar com um consultor financeiro em qualquer estabelecimento da Kaiser Permanente.

## Requerimento para o Programa de Assistência Financeira Médica (MFA)

Nome: \_\_\_\_\_ Registro médico n.º: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Contacto n.º: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de previdência social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dimensão do agregado familiar:** Número de familiares (incluindo você) que vivem sua casa. Pode incluir um cônjuge ou parceiro registrado, filhos, um cuidador não familiar, etc.

**Rendimento do agregado familiar (mensal):** Rendimento bruto total de todos os familiares no agregado familiar. Assinale TODOS os tipos de rendimentos aplicáveis:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rendimento profissional/Salários                        | <input type="checkbox"/> Pensão de alimentos/Abono de família   |
| <input type="checkbox"/> Rendimento empresarial/<br>Imóvel arrendado             | <input type="checkbox"/> Pensão ou Reforma/Anuidades  |
| <input type="checkbox"/> Subsídios de desemprego/<br>Rendimento por incapacidade | <input type="checkbox"/> Segurança Social/Rendimento<br>de Segurança Suplementar/<br>Subsídios para Veteranos |

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

**Despesas de saúde:** Total das despesas correntes durante um período de 12 meses por serviços de emergência ou clinicamente necessários prestados pela Kaiser Permanente ou por qualquer outro prestador de cuidados de saúde. Pode incluir coparticipações, depósitos, cosseguro, ou pagamentos dedutíveis por serviços médicos, farmacêuticos ou dentários elegíveis.

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

**Indique todos os membros do seu agregado familiar que se candidatam ao programa.**

Nome	Data de nascimento	Parentesco	Registro médico n.º
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Sem seguro? A Kaiser Permanente pode ajudar.** Se não tem cobertura para os cuidados de saúde, podemos ajudá-lo a conhecer as suas opções. Assinale esta caixa, se desejar que a Kaiser Permanente o contate para falar sobre as suas opções.

 Sim, contate-me

Declaro pela presente, sob pena de perjúrio, que todas as informações supra mencionadas neste requerimento são verdadeiras e exatas em todos os aspetos. Também reconheço e concordo que sou responsável perante a Kaiser Foundation Health Plan e Kaiser Foundation Hospitals por todas as quantias devidas à Kaiser Foundation Health Plan e Kaiser Foundation Hospitals referente a produtos e serviços médicos que não são elegíveis ao abrigo do Programa (os "Montantes Restantes").

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Nota:** A Kaiser Foundation Health Plan e Kaiser Foundation Hospitals reserva-se o direito de utilizar informações de agências que fornecem relatórios de crédito sobre consumidores e outras informações de terceiros para determinação da elegibilidade no sentido de beneficiar de programas médicos federais, estaduais e privados, incluindo o Programa MFA.