

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 **1-888-865-5813** 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**1-888-865-5813**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 **1-888-865-5813** 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 se aplica a los servicios de atención para la salud que son proporcionados y facturados fuera de Kaiser Permanente.

Cómo reunir los requisitos

Para reunir los requisitos, debe cumplir **UNO** de los siguientes conjuntos de criterios:

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

Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) de 2023		
Si el tamaño de su grupo familiar es:	Asignación del 100% si el ingreso familiar bruto mensual es igual o inferior al 200% de las FPG	Asignación del 50% si el ingreso familiar bruto mensual está entre el 201% y el 300% de las FPG
1	Hasta \$2,430	De \$2,431 hasta \$3,645
2	Hasta \$3,287	De \$3,288 hasta \$4,930
3	Hasta \$4,143	De \$4,144 hasta \$6,215
4	Hasta \$5,000	De \$5,001 hasta \$7,500
5	Hasta \$5,857	De \$5,858 hasta \$8,785
6	Hasta \$6,713	De \$6,714 hasta \$10,070

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






¿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/ga (en inglés) o llame al **1-404-949-5140 (TTY 711)**.

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/ga (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 1-404-364-4985.
 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 Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Rd., NE Atlanta, GA 30305
 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 para Pacientes de cualquier Edificio de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente.
 Reúnase con un asesor financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Programe una cita con un asesor financiero en uno de nuestros centros de atención designados, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., Hora Estándar del Este (EST). • Prepárese para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.

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 en un plazo de treinta (30) días de recibirla:

- Si se aprueba su solicitud, recibirá una carta para notificarle sobre su asignación financiera.
- Si su solicitud está incompleta, recibirá una carta que le explicará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información solicitada por correo postal o llevarla en persona, y puede incluir pruebas de los ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si su solicitud es denegada, recibirá una carta que le notificará por qué fue denegada, en cuyo caso podrá apelar nuestra decisión.

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda con su solicitud o si quiere conocer el estado de su solicitud, llame al **1-404-949-5140 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., EST.

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 comunique con usted para hablar sobre sus opciones, o puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

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.