

## 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 처방약 지불에 도움이 필요하다면 의료비 재정지원 (Medical Financial Assistance, MFA) 프로그램의 도움을 받을 수 있습니다.

### MFA 프로그램 지원 방식

- 본 프로그램은 유자격 신청자들의 재정 필요에 따라 치료비 지불에 도움이 필요한 사람들에게 일시적으로 "의료비 지원"을 제공합니다.
- 본 프로그램은 가입 여부에 관계 없이 모든 Kaiser Permanente 환자가 이용할 수 있습니다.
- 자격이 되는 경우, 일정 기간 중 Kaiser Permanente 의사 또는 Kaiser Permanente 시설에서 받은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료 비용만 지원됩니다.

### 자격 요건

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

1. 귀하의 총 가계 소득이 연방빈곤지침의 40% 이내여야 함.

\*참고: 귀하의 총 가계 소득이 연방빈곤지침의 40%를 초과하는 경우 및/또는 귀하가 캘리포니아 주의 공제금 플랜에 든 Kaiser Permanente 가입자일 경우, 아래의 기준을 반드시 충족해야 합니다.

2. 12개월 동안의 응급 또는 의학적으로 필요한 치료, 치과 치료, 약값에 대한 가입자 부담 비용이 총 가계 소득이 10% 이상이어야 함.
  - 가입자 부담 비용에는 가입자 부담금, 공동 보험금, 공제금액 비용이 포함됩니다.
  - 가입자 부담 비용에는 월 보험료처럼 귀하의 건강 플랜 자체에 내는 지불금 등은 제외됩니다.

건강보험이 없을 경우 건강보험을 신청해야 할 수도 있습니다.

- MFA 프로그램을 통한 재정 지원은 단지 일시적으로만 제공됩니다. 따라서 저희는 장기적인 의료서비스 보장을 위해 귀하께 건강보험을 신청하도록 할 수 있습니다. 이 건강보험에는 Medi-Cal이나 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 지원 자격을 얻을 수도 있습니다.

2022 연방빈곤지침(Federal Poverty Guidelines, FPG)의 40%		
가족 인원수:	가계 소득이 다음 금액 이하여야 함:	
	매달	연 소득
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

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

#### 문의 사항?

MFA 프로그램 자격에 대한 상세 정보나 본 프로그램이 지원하는 의료서비스를 확인하려면

[www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) 를 방문하시거나 **1-800-390-3507 (TTY 711)**번으로 전화해주십시오.

의료 서비스 보험에 대한 추가 정보를 원하는 경우, **1-800-479-5764 (TTY 711)**번으로 전화해주십시오.

## 신청 방법

자격 요건을 충족할 경우 다음 방법으로 신청할 수 있습니다.

 <b>온라인</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a>에서 MFA 신청서 온라인 작성</li> <li>• 다음 장에 있는 MFA 신청서에 기재된 모든 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오.</li> </ul>
 <b>우편</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 장에 있는 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 작성한 신청서를 다음 주소로 보냅니다. Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <b>팩스</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 장에 있는 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 작성한 신청서를 <b>1-800-687-9901</b>번에 팩스로 보냅니다.</li> </ul>
 <b>직접 제출</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 장에 있는 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 작성한 신청서를 Kaiser Permanente 시설 내 환자 재정 운영부서에 제출합니다.</li> </ul>
 <b>전화</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 월~금요일, 오전 8:00 - 오후 5:00태평양표준시간 (Pacific Standard Time, PST) 사이에 <b>1-800-390-3507(TTY 711)</b>번으로 전화합니다.</li> <li>• 다음 장에 있는 MFA 신청서에 기재된 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오.</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 8:00 - 오후 5:00 PST 사이에 **1-800-390-3507 (TTY: 711)**번으로 전화하십시오. 또한 Kaiser Permanente 시설 어디든 재정 상담사와 상담하실 수도 있습니다.

