

Kaiser Permanente (MFA) برنامه کمک مالی پزشکی

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.

برنامه کمک مالی پزشکی (MFA) Kaiser Permanente

اگر برای پرداخت هزینه خدمات بهداشتی درمانی یا نسخه‌هایی که از Kaiser Permanente دریافت کرده‌اید یا قرار است دریافت کنید به کمک نیاز دارید، برنامه کمک مالی پزشکی (Medical Financial Assistance, MFA) ما ممکن است بتواند به شما کمک کند.

شرح جزئیات برنامه

- این برنامه «کمک‌های» موقت را برای متقاضیان واجد شرایط ارائه می‌کند تا بسته به نیاز مالی‌شان، در پرداخت هزینه مراقبت‌ها کمک دریافت کنند.
- این برنامه برای تمام بیماران Kaiser Permanente است، چه عضو باشند و چه عضو نباشند.
- در صورت اعطای کمک، برنامه مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده از سوی خدمات‌دهندگان Kaiser Permanente یا از سوی مراکز Kaiser Permanente را برای مدت زمان مشخص پوشش خواهد داد.
- این کمک برای آن دسته از خدمات بهداشتی درمانی که خارج از Kaiser Permanente ارائه شده یا صورتحسابشان صادر شده است اعمال نمی‌شود.

نحوه احراز صلاحیت

برای اینکه واجد شرایط شناخته شوید، باید یکی از مجموعه معیارهای زیر را دارا باشید:

1. درآمد ناخالص خانوار شما از 400% خط فدرال فقر بیشتر نباشد.

مقررات خط فقر فدرال 2023 (Federal Poverty Guidelines, FPG)		
اگر تعداد نفرات خانوار/ خانواده شما این است:	100% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص ماهانه خانوار از 200% از FPG یا کمتر از آن باشد	50% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص ماهانه خانوار بین 201% تا 400% از FPG باشد
1	\$2,430 تا \$4,860	\$2,431 تا \$4,860
2	\$3,287 تا \$6,573	\$3,288 تا \$6,573
3	\$4,143 تا \$8,287	\$4,144 تا \$8,287
4	\$5,000 تا \$10,000	\$5,001 تا \$10,000
5	\$5,857 تا \$11,713	\$5,858 تا \$11,713
6	\$6,713 تا \$13,427	\$6,714 تا \$13,427

2. هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما برای مراقبت‌های سلامت جهت مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی، مراقبت‌های دندانپزشکی و دارو در یک دوره 12 ماهه برابر یا بیشتر از 10% درآمد ناخالص خانوار شما هستند.
- هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی، پرداخت مشترک، بیمه مشترک و پرداخت‌های دارای کسورات را در بر می‌گیرد.
 - پرداخت‌هایی که برای خود برنامه مراقبت‌های سلامت خود می‌کنید، مانند حق بیمه ماهیانه جزء هزینه‌های شخصی محسوب نمی‌شوند.

اگر بیمه سلامت ندارید، شاید ملزم باشید که برای آن درخواست بدهید.

- از آنجایی که برنامه MFA فقط کمک‌های مالی موقت ارائه می‌کند، شاید از شما بخواهیم برای پوشش بلندمدت نیز اقدام کنید. این می‌تواند شامل هر یک از برنامه‌های خصوصی سلامت باشد که واجد شرایط آن هستید - مانند Medi-Cal یا برنامه‌های سوبسیدی که در بازارهای بیمه سلامت عرضه شده‌اند.

برای آگاهی از معیارها و ضوابط برای خانوارهای پرجمعیت‌تر، به aspe.hhs.gov/poverty مراجعه کنید.

- شاید از شما بخواهیم مدارکی ارائه کنید که نشان دهد برای این برنامه‌ها درخواست داده‌اید یا اینکه درخواست شما مورد پذیرش قرار گرفته یا رد شده است. ولی حتی در طول مدتی که منتظر اعلام تصمیم این برنامه‌های دیگر هستید، شاید بتوانید از برنامه MFA کمک مالی دریافت کنید.

آیا سوآلی دارید؟

برای اطلاعات بیشتر درباره واجد شرایط بودن برای برنامه MFA یا دیدن خدمات مراقبت سلامت که هزینه‌هایشان را پرداخت می‌کند، از وبسایت www.kp.org/mfa/ncal بازدید کنید یا با شماره **1-800-390-3507 (TTY 711)** تماس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش مراقبت سلامت، با ما با شماره **1-800-479-5764 (TTY 711)** تماس بگیرید.

نحوه درخواست

اگر معیارهای صلاحیت را دارا هستید، می‌توانید به یکی از این روش‌ها درخواست خود را ارائه کنید.

<ul style="list-style-type: none"> • تکمیل درخواست MFA به‌صورت آنلاین www.kp.org/mfa/ncal • لطفاً آماده باشید که تمام اطلاعات ذکرشده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید. 	<p>آنلاین </p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به شماره 1-800-687-9901 فکس کنید. 	<p>فکس کردن فرم </p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به این آدرس پست کنید: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598 	<p>پست کردن فرم </p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به بخش امور مالی بیماران در یکی از مراکز Kaiser Permanente تحویل دهید. 	<p>تحویل حضوری فرم </p>

مهم: اگر فرم درخواست را به‌صورت آنلاین، با پست یا فکس ارسال کرده یا آن را حضوراً تحویل می‌دهید، لطفاً دقت کنید که فرم را تاجایی که امکان دارد کامل پر کنید. هرگونه نقص اطلاعات می‌تواند روند رسیدگی به درخواست شما را با تأخیر مواجه کند.

بعد از ارسال درخواست چه خواهد شد

بعد از بررسی فرم درخواست تکمیل‌شده شما، یکی از نتایج زیر را ظرف سی (30) روز از زمان دریافت آن به شما اعلام خواهیم کرد:

- اگر درخواستتان تأیید شود، نامه‌ای مبنی بر اهدای کمک مالی دریافت خواهید کرد.
- اگر درخواستتان ناقص باشد، نامه‌ای در توضیح اطلاعات موردنیاز جهت رسیدگی به درخواستتان دریافت خواهید کرد. اطلاعات درخواستی را هم از طریق پست و هم تحویل حضوری می‌توانید ارائه دهید. این اطلاعات می‌تواند شامل مدرک دال بر درآمد یا کپی مخارج پرداختی از جیب باشد.
- اگر درخواستتان رد شود، نامه‌ای در توضیح دلیل رد آن دریافت خواهید کرد. در این حالت، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید.

به کمک نیاز دارید؟

اگر سؤالی دارید یا در خصوص درخواست خود کمک می‌خواهید یا لازم است وضعیت درخواستتان را بررسی کنید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت PST با شماره **1-800-390-3507 (TTY 711)** تماس بگیرید. همچنین می‌توانید در هر یک از مراکز Kaiser Permanente با یک مشاور مالی صحبت کنید.

فرم درخواست برنامه کمک مالی پزشکی (MFA)

نام: _____ شماره پرونده پزشکی: _____

تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ شماره تماس: (____) _____ SSN: _____ - _____ - _____

نشانی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

تعداد نفرات خانوار: تعداد نفرات خانواده (با احتساب خود شما) که در خانه شما زندگی می‌کنند. می‌تواند شامل همسر یا شریک زندگی واجد شرایط، کودکان یا بستگان مراقبت‌کننده غیر از پدر و مادر و غیره باشد.

درآمد خانوار (ماهانه): جمع درآمد ناخالص تمام اعضای خانوار. تمام انواع درآمدی را

که شامل شما می‌شود، علامت بزنید:

درآمد/دستمزد حاصل از اشتغال

نفقه/هزینه‌های فرزند

درآمد حاصل از کسب‌وکار/املاک اجاره‌ای

مستمری یا مقرری بازنشستگی/مستمری سالیانه

مزایای بیکاری/درآمد از کار افتادگی

مزایای تأمین اجتماعی/درآمد تکمیلی تأمینی/مزایای

بازنشستگان نیروهای مسلح

 \$

مخارج مراقبت‌های سلامت: مجموع تمام هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما در یک دوره 12 ماهه

برای خدمات اضطراری یا دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده توسط Kaiser Permanente

یا هر ارائه‌کننده دیگر مراقبت‌های سلامت. ممکن است پرداخت‌های مشترک، سپرده‌ها، بیمه مشترک،

یا پرداخت‌های دارای کسورات برای خدمات واجد شرایط پزشکی، داروخانه یا دندانپزشکی را شامل شود.

 \$

لطفاً تمام اعضای خانوار خود را که برای برنامه درخواست می‌دهند ذکر کنید.

نام	تاریخ تولد	نسبت	شماره پرونده پزشکی
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

بیمه نیستید؟ Kaiser Permanente می‌تواند کمک کند. اگر فاقد پوشش مراقبت‌های سلامت هستید، می‌توانیم

کمکتان کنیم تا با گزینه‌های موجود آشنا شوید. اگر مایل هستید از طرف Kaiser Permanente با شما تماس

گرفته شود و گزینه‌های موجود به شما معرفی گردد، این کادر را علامت بزنید یا برای دریافت نرخ می‌توانید با ما به

شماره **1-800-479-5764 (TTY 711)** تماس بگیرید.

 بله، با من تماس بگیرید

بدین‌وسیله اعلام می‌نمایم که تمام اطلاعات ذکرشده در این فرم درخواست از هر حیث واقعی و دقیق و کامل است. من از این مسئله آگاهم و با آن

موافقت دارم که نسبت به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals موظف هستم هزینه کلیه اقلام و خدمات پزشکی را که در

برنامه پوشش داده نمی‌شوند («مقادیر باقیمانده»)، به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals بپردازم.

امضا: _____ تاریخ: _____

توجه: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که برای تعیین صلاحیت افراد جهت

قرارگرفتن در برنامه‌های فدرال، ایالتی و برنامه‌های خصوصی پزشکی، از جمله برنامه MFA، از اطلاعات سازمان‌های گزارش‌دهنده اعتبار

مصرف‌کنندگان و سایر منابع ثالث اطلاعات استفاده نمایند.