

Program medicinske financijske pomoći (MFA) 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.

Program medicinske financijske pomoći (MFA) Kaiser Permanente

Ako vam je potrebna pomoć za plaćanje usluga zdravstvene zaštite ili recepata koje ste imali, ili vam je zakazano da ih dobijete od Kaiser Permanente, naš Program medicinske financijske pomoći (Medical Financial Assistance, MFA) program možda može da vam pomogne.

Evo kako program funkcionira

- Program nudi privremene “dodjele pomoći” kako bi podobnim podnositeljima zahtjeva platio za skrb, temeljeno na njihovim financijskim potrebama.
- On je na raspolaganju svim pacijentima Kaiser Permanente, bilo da ste član ili ne.
- Ako vam se dodijeli ta pomoć, program će pokrivati hitnu ili nužnu medicinsku skrb od pružatelja usluga za Kaiser Permanente ili u ustanovama Kaiser Permanente tijekom određenog razdoblja.
- Novčana pomoć ne odnosi se na zdravstvene usluge pružene i naplaćene izvan Kaiser Permanente.

Kako ostvariti podobnost

Kako biste se kvalificirali, morate ispunjavati **JEDAN** od sljedećih uvjeta za podobnost:

1. Vaš bruto kućni prihod nije veći od 400% od federalne razine siromaštva.

ILI

2. Vaši gotovinski troškovi za zdravstvenu zaštitu ili medicinski nužnu skrb, stomatološku skrb i lijekove tijekom razdoblja od 12 mjeseci jednaki su ili iznose više od 10% od vašeg bruto kućnog prihoda.
 - Gotovinski troškovi uključuju participacije, suosiguranje i samoprdržaje.
 - Gotovinski troškovi ne uključuju nikakve uplate za vaš zdravstveni plan, kao za vašu mjesečnu premiju.

Ako nemate zdravstveno osiguranje, možda ćete morati podnijeti zahtjev za to.

- Zato što program MFA pruža samo privremenu financijsku dodjelu pomoći, možemo od vas zatražiti da podnesete zahtjev za pokriće koje ćete vi pokrivati dugoročno. To može uključivati bilo koje druge javne ili privatne zdravstvene programe na koje imate pravo — kao što su Medi-Cal ili subvencionirani planovi dostupni na tržištu zdravstvenih osiguranja.
- Od vas možemo zatražiti pokazivanje dokaza da ste podnijeli zahtjev za te programe ili da su vam oni odobreni ili ste dobili odbijenicu. Ali ćete možda i dalje moći dobiti financijsku pomoć od programa MFA dok čekate na odluku od tih drugih programa.

Federalne smjernice za razinu siromaštva (Federal Poverty Guidelines, FPG) za 2023

Ako je veličina vašeg kućanstva ili obitelji:	100% iznosa dodjele pomoći u za bruto prihod kućanstva na ili ispod 200% FPG-a	50% iznosa dodjele pomoći za bruto prihod kućanstva između 201% i 400% FPG-a
1	Do \$2,430	\$2,431 do \$4,860
2	Do \$3,287	\$3,288 do \$6,573
3	Do \$4,143	\$4,144 do \$8,287
4	Do \$5,000	\$5,001 do \$10,000
5	Do \$5,857	\$5,858 do \$11,713
6	Do \$6,713	\$6,714 do \$13,427

Posjetite aspe.hhs.gov/poverty kako biste vidjeli koje su smjernice za veća kućanstva.






Imate pitanja?

Za više informacija o podobnosti za program MFA ili kako biste provjerili za koje usluge zdravstvene zaštite se on isplaćuje, posjetite www.kp.org/mfa/scal ili pozovite **1-800-390-3507** (TTY 711).

Za više informacija o pokriću zdravstvene skrbi pozovite nas na **1-800-479-5764** (TTY 711).

Kako podnijeti zahtjev

Ako zadovoljavate uvjete za podobnost, možete podnijeti zahtjev na neki od sljedećih načina.

 Putem interneta	<ul style="list-style-type: none">• Ispunite MFA zahtjev na internetu na www.kp.org/mfa/scal• Pripremite što je potrebno kako biste pružili sve informacije navedene na MFA zahtjevu na sljedećoj stranici.
 Pošaljite faksom	<ul style="list-style-type: none">• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.• Faksom pošaljite ispunjeni zahtjev na 1-866-519-1693.
 Pošaljite poštom	<ul style="list-style-type: none">• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.• Poštom pošaljite ispunjeni zahtjev na: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 Donesite	<ul style="list-style-type: none">• Ispunite MFA zahtjev na sljedećoj stranici.• Donesite ispunjeni zahtjev u lokalni odjel za prijem u bolnicu, Kaiser Permanente.
 Sastanite se s financijskim savjetnikom	<ul style="list-style-type: none">• Sastanite se s financijskim savjetnikom u nekom od naših objekata, od ponedjeljka do petka, od 8.00 prije podne od 5.00 poslije podne po PST vremenu.• Pripremite što je potrebno kako biste pružili sve informacije navedene na MFA zahtjevu na sljedećoj stranici.

Važno: Kada zahtjev podnosite putem interneta, poštom ili faksom, ili ako osobno donosite zahtjev, obvezno ispunite što je moguće više stavki u zahtjevu. Svaka informacija koja nedostaje može biti razlogom usporavanja postupka.

Što možete očekivati nakon podnošenja zahtjeva

Nakon što pregledamo vaš ispunjeni zahtjev, obavijestit ćemo vas o jednom od sljedećih ishoda u roku od trideset (30) dana od primitka:

- Ako se vaš zahtjev odobri, primit ćete pismo u kojem vas obavještavamo o financijskoj pomoći.
- Ako je vaš zahtjev nepotpun, primit ćete pismo u kojem se navode informacije potrebne za obradu vašeg zahtjeva. Tražene informacije možete poslati poštom ili donijeti osobno; to može uključivati dokaz o prihodu ili kopije priznanica za gotovinske troškove.
- Ako se vaš zahtjev odbije, dobit ćete pismo u kojem se navodi zašto je odbijen, u kojem slučaju možete uložiti žalbu na našu odluku.

Potrebna vam je pomoć?

Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam je potrebna pomoć za predaju zahtjeva ili trebate provjeriti status vašeg zahtjeva, pozovite **1-800-390-3507 (TTY 711)**, od 8.00 prije podne od 5.00 poslije podne po PST vremenu. Također možete razgovarati s financijskim savjetnikom na bilo kojoj lokaciji Kaiser Permanente.

Podnošenje zahtjeva za Program medicinske financijske pomoći (MFA)

Ime i prezime: _____ Medicinska dokumentacija br: _____

Datum rođenja: ___/___/___ Br. za kontakt: (____) _____ Br. soc. osiguranja (SSN): ____-____-____

Adresa: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Veličina kućanstva: Broj članova obitelji (uključujući vas) koji žive u vašem domaćinstvu.

Može uključivati suprugu ili kvalificiranog domaćeg partnera, djecu, ne-roditelja tj. skrbnika, srodnika, itd.

Prihod domaćinstva (mjesečni): Ukupni bruto prihod svih članova obitelji u kućanstvu.

Obilježite SVE vrste prihoda koji se važe:

Prihod od zaposlenja/Plaće

Alimentacija/Izdržavanje djeteta

Poslovni prihod/Iznajmljivanje nekretnina

Starosna mirovina ili Mirovina po planut/Anuiteti

Naknade zbog nezaposlenosti/
Prihod zbog invaliditeta

Socijalno osiguranje/Dopunski prihod od osiguranja/Naknade za branitelje

\$ _____

Troškovi zdravstvene zaštite: Ukupni gotovinski troškovi koje ste imali u proteklom 12-mjesečnom razdoblju za hitne ili medicinski nužne usluge koje je pružio Kaiser Permanente ili neki drugi davatelj zdravstvenih usluga. Može uključivati participacije, depozite, suosiguranje ili uplate za samoprdržaje za medicinske, farmaceutske ili stomatološke usluge.

\$ _____

Navedite popis članova vašeg kućanstva koji podnose zahtjev za program.

Ime i prezime
evidencije

Datum rođenja

Srodstvo

Br. medicinske

_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____
_____	___/___/___	_____	_____

Niste osigurani? Kaiser Permanente može pomoći. Ako nemate zdravstveno osiguranje, možemo vam pomoći da shvatite vaše opcije. Obilježite ovaj okvir ako biste željeli da vas kontaktira Kaiser Permanente kako biste razgovarali o vašim opcijama ili nas možete pozvati na **1-800-479-5764** (TTY 711) kako biste dobili ponudu.

Da, kontaktirajte me

Ovim izjavljujem da su svi podaci navedeni u ovom zahtjevu istiniti, točni i potpuni u svakom pogledu. Također prihvaćam i suglasan sam da snosim odgovornost prema Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals za sve iznose koje dugujem Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals za medicinsku robu i usluge koje nisu obuhvaćene Programom ("Preostali iznosi").

Potpis: _____ Datum: _____

Napomena: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals zadržavaju pravo na korištenje informacija od agencija koje prijavljuju zaduženja klijenta i od ostalih, trećih strana, izvora informacija, kako bi se utvrdilo pravo na savezne, državne i privatne medicinske programe, uključujući Program MFA.