

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 no pagamento de serviços de saúde ou de receitas que recebeu ou receberá da Kaiser Permanente, o nosso programa de Assistência Financeira Médica (Medical Financial Assistance, MFA) talvez possa 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 você receber o prêmio, o programa cobrirá os cuidados de emergência ou clinicamente necessários dos fornecedores da Kaiser Permanente ou nas instalações da Kaiser Permanente durante um período específico.

Como se qualificar

Tem de cumprir um dos seguintes requisitos de elegibilidade:*

1. Seu rendimento bruto familiar não pode ser superior a 400% do limiar de pobreza federal.

***Nota:** se o seu rendimento bruto familiar for superior a 400% do limiar de pobreza federal e/ou se você for membro da Kaiser Permanente com um plano dedutível na Califórnia, é necessário cumprir o critério abaixo.

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 (FPG) de 400% em 2022		
Se a dimensão do seu agregado familiar for:	O seu rendimento familiar não pode ser superior a:	
	Mensal	Anual
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

Acesse aspe.hhs.gov/poverty para consultar as orientações para agregados familiares maiores.

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 em 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.

Tem perguntas?

Para mais informações sobre como qualificar-se para o programa MFA, ou para consultar que serviços de saúde ele cobre, visite www.kp.org/mfa/ncal ou ligue para **1-800-390-3507** (TTY 711).

Para obter mais informações a respeito da cobertura de cuidados de saúde, ligue para **1-800-479-5764** (TTY 711).

Como candidatar-se

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

 Online	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o formulário de inscrição MFA online em www.kp.org/mfa/ncal.• Prepare-se para fornecer todas as informações mencionadas no formulário de inscrição de MFA na página seguinte.
 Envie-o por correio	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.• Envie o seu formulário de inscrição preenchido para: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 Envie-o por fax	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.• Envie o seu formulário de inscrição preenchido por fax para 1-800-687-9901.
 Entregue-o	<ul style="list-style-type: none">• Preencha o requerimento MFA na página seguinte.• Entregue o seu requerimento preenchido no Departamento de Operações financeiras do paciente em quaisquer instalações da Kaiser Permanente.
 Ligue para nós	<ul style="list-style-type: none">• Fale conosco pelo telefone 1-800-390-3507 (TTY 711), de segunda a sexta-feira, de segunda a sexta, das 8h às 17h horário padrão do Pacífico (Pacific Standard Time, PST).• Prepare-se para fornecer as informações mencionadas no formulário de inscrição de MFA na página seguinte.

Importante: ao enviar o formulário de inscrição por correio ou fax, ou ao entregá-lo pessoalmente, certifique-se de que o preencheu da forma mais completa 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 o seu formulário de inscrição, ligue para **1-800-390-3507 (TTY 711)**, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h PST. Você também pode falar com um consultor financeiro em qualquer estabelecimento da Kaiser Permanente.

Formulário de inscrição para o programa de Assistência Financeira Médica (MFA)

Nome: _____ Registro médico nº: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nº do contato: (____) _____ SSN: _____-_____-_____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tamanho do agregado familiar: Número de familiares (incluindo você) que vivem sua casa. Pode incluir um cônjuge ou parceiro qualificado, 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 alimentar/abono de família |
| <input type="checkbox"/> Rendimento empresarial/
imóvel arrendado | <input type="checkbox"/> Pensão ou aposentadoria/anuidades |
| <input type="checkbox"/> Subsídios de desemprego/
rendimento por incapacidade | <input type="checkbox"/> Segurança social/rendimento de
segurança suplementar/benefícios
para veteranos |

Despesas de cuidados 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 nº
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Sem seguro? A Kaiser Permanente pode ajudar. Se você não tem cobertura para os cuidados de saúde, podemos apresentar suas opções. Assinale esta caixa se desejar que a Kaiser Permanente entre em contato para falar sobre as suas opções.

 Sim, contate-me

Declaro pela presente que todas as informações supramencionadas neste formulário de inscrição são verdadeiras, precisas e completas em todos os aspectos. Também reconheço e concordo que sou responsável perante a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals por todas as quantias devidas à Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals referentes a produtos e serviços médicos que não são elegíveis ao abrigo do Programa (os "Montantes Restantes").

Assinatura: _____ Data: _____

Nota: a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals se reserva 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 se beneficiar de programas médicos federais, estaduais e privados, incluindo o Programa MFA.