

Programa de MFA (Asistencia Financiera para Gastos Médicos) de Kaiser Permanente

Si usted no puede pagar la atención médica, es posible que el Programa de MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) de Kaiser Permanente pueda ayudarle. Nuestro programa de MFA ofrece ayuda financiera a aquellas personas que reúnan los requisitos. Si usted reúne los requisitos que se mencionan a continuación, deberá llenar y enviar esta solicitud para participar en el programa, a menos que ya se haya revisado su información y se haya determinado que es elegible. Tenga en cuenta que el programa de MFA está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, sean o no miembros de Kaiser Permanente. Hay ayuda disponible para la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico únicamente. Si reúne los requisitos, los servicios médicos y las recetas médicas deben ser solicitados por un proveedor de Kaiser Permanente, en un centro de atención de Kaiser Permanente.

Paso 1

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera federal, debe ocurrir algo de lo siguiente:

- Su ingreso familiar bruto no debe ser mayor al 350% de las pautas federales de pobreza. Visite aspe.hhs.gov/poverty para conocer las pautas de pobreza de su estado.
- Los gastos médicos de su bolsillo son superiores al 10% de su ingreso familiar bruto anual.

Circunstancias especiales. Si usted tiene gastos médicos inusualmente elevados, es posible que sea elegible para el programa de MFA, si los gastos de su bolsillo en un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10% de su ingreso familiar bruto anual. Los gastos médicos de su bolsillo incluyen copagos, coseguro y pagos de deducible por servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico, así como atención dental y medicamentos recetados. Es posible que le solicitemos un comprobante de ingresos o copias de los gastos médicos o dentales de su bolsillo.

No todos los gastos médicos califican. Por ejemplo:

- montos que paga por las primas de su plan de salud
- servicios que obtiene de un proveedor que no pertenece a Kaiser Permanente
- servicios optativos que no sean de emergencia o servicios de estilo de vida que no se consideren necesarios desde el punto de vista médico
- medicamentos específicamente excluidos, como medicamentos para la fertilidad, cosméticos o medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos recetados disponibles
- suministros o medicamentos de venta sin receta

Para obtener más información sobre los requisitos para el programa de MFA o para averiguar más sobre qué servicios están cubiertos, consulte las políticas de MFA para su área de Kaiser Permanente.

Paso 2

INSTRUCCIONES

Si cumple los requisitos de elegibilidad, envíe por correo o por fax la solicitud completada y firmada con toda la documentación correspondiente de apoyo a Kaiser Medical Financial Assistance Program, PO Box 7086, Pasadena, CA 91109-7086, FAX 1-866-497-0005, www.kp.org/mfa/scal.

¿Tiene alguna pregunta? Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud, llame al **1-866-399-7696** o al **1-800-777-1370** (línea TTY para las personas con deficiencias auditivas o del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., Hora del Pacífico (PST). También puede hablar con un asesor financiero de pacientes en un centro de atención de Kaiser Permanente cerca de usted.

Notificación sobre nuestra decisión. Una vez que hayamos recibido su solicitud completada, le informaremos nuestra decisión por correo o por teléfono. Esto incluirá una explicación de nuestra aprobación o denegación. Si se aprueba, su asignación dependerá de su nivel de ingresos y de sus gastos médicos. Si su solicitud es denegada, tendrá la posibilidad de presentar una apelación. En algunos casos, es posible que solicitemos información corregida o adicional.

También es posible que deba solicitar cobertura de salud pública o privada. Cuando presente su solicitud para el programa de MFA, es posible que también deba presentar una solicitud para algún programa de salud público o privado para el que resulte elegible. Estos pueden incluir Medi-Cal o el Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información, visite healthcare.gov o llame al **1-800-318-2596**. 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. Es posible que reúna los requisitos para recibir una asignación de MFA mientras espera que se tome una decisión con respecto a estos programas.

Asegúrese de llenar la solicitud de la manera más completa posible. Si falta información, es posible que se retrase cualquier asignación que le pudiera corresponder.

Paso 3

Complete la información a continuación.

PACIENTE

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección		Número de apartamento
Ciudad, estado, código postal		
Teléfono particular/celular	Número de historia clínica	Número de Seguro Social
Nombre del cónyuge/tutor legal (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Teléfono particular/celular	Número de historia clínica	Número de Seguro Social

INFORMACIÓN

¿Usted o un miembro de su familia que vive en su hogar trabaja actualmente? Sí No

¿Tiene otro seguro médico? Si la respuesta es sí, con quién: Sí No Número de identificación del suscriptor: _____
Nombre de la compañía de seguros: _____

¿Tiene Medicare? Sí No Si la respuesta es sí, escriba su número de identificación del suscriptor: _____

¿Está inscrito en un programa de ahorro de Medicare en el que el estado paga las primas de Medicare? Sí No

¿Está inscrito en un plan de Medicare Parte D? Sí No
Si usted es beneficiario de un plan de Medicare Parte D con ingresos y recursos limitados, es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados a través del LIS (Low Income Subsidy, subsidio de bajos ingresos).

¿Ya solicitó el LIS de Medicare a la Administración de Seguro Social (Social Security Administration)? Sí No
Si la respuesta es sí y su solicitud fue aprobada o denegada recientemente, o si aún no recibió una respuesta, presente una copia con su solicitud de MFA.

¿Tiene o ha presentado una solicitud para Medi-Cal? Sí No No estoy seguro
Si la respuesta es sí, escriba su número de identificación del suscriptor: _____
Si presentó una solicitud para Medi-Cal y recientemente fue aprobada o denegada, o si aún no recibió una respuesta, envíe una copia con su solicitud completada de MFA.

¿Tiene una cuenta de ahorro de salud que tenga saldo actualmente? Sí No

FAMILIARES/DEPENDIENTES

Cantidad de familiares: _____ (Escriba la cantidad familiares que viven con usted en su hogar, como cónyuge, pareja doméstica calificada, hijos, familiares encargados de los cuidados que no sean los padres, etc.)

a. Nombre del dependiente: (solo si solicita MFA)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

b. Nombre del dependiente: (solo si solicita MFA)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

c. Nombre del dependiente: (solo si solicita MFA)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

La información incompleta ocasionará un retraso en el procesamiento o la denegación de su solicitud de MFA.

INGRESO FAMILIAR BRUTO MENSUAL (Incluya TODOS los ingresos de los familiares que viven en el hogar)			
Solicitante/paciente		Cónyuge/tutor legal	
Salario bruto (antes de impuestos)	\$	Salario bruto (antes de impuestos)	\$
Manutención/pensión alimenticia	\$	Manutención/pensión alimenticia	\$
Ingresos por trabajo independiente o de negocios*	\$	Ingresos por trabajo independiente o de negocios*	\$
Pensión o jubilación/annualidades	\$	Pensión o jubilación/annualidades	\$
Beneficios por desempleo	\$	Beneficios por desempleo	\$
Seguro Social/seguro estatal de discapacidad/discapacidad temporal/ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos	\$	Seguro Social/seguro estatal de discapacidad/discapacidad temporal/ ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos	\$
Renta de propiedades	\$	Renta de propiedades	\$
Otros ingresos, incluidos ingresos en efectivo (describa):	\$	Otros ingresos, incluidos ingresos en efectivo (describa):	\$
Ingreso mensual total:	\$	Ingreso mensual total:	\$

*Cuando informe el ingreso por rentas o por trabajo independiente, incluya su declaración de impuestos más reciente, junto con todos los documentos de respaldo.

COMPROBANTES DE INGRESOS

Importante: Es posible que deba proporcionarnos copias de los siguientes documentos de todos los solicitantes:

- Una copia de la última declaración de impuestos federales firmada o el formulario W-2 con verificación electrónica de presentación o con su firma (que incluya todas las páginas y los documentos).
- Una copia de sus últimos 2 talones de pago que incluyan los ingresos del YTD (year-to-date, año hasta la fecha).
- Copias de otros documentos recientes, declaraciones de generación de ingresos o cartas de adjudicación para verificar los ingresos familiares adicionales, como:
 - Discapacidad
 - Desempleo
 - Prueba de manutención o pagos de pensión alimenticia
 - Ingreso por herencia o renta
 - Seguro Social
 - Estados de cuenta del banco
 - Cuentas de jubilación o pensión

No envíe originales. Solo se necesitan las copias.

Tenga en cuenta que si podemos verificar su situación económica usando fuentes externas de datos o de proveedores externos, no necesita enviarnos la documentación detallada anteriormente.

OTRA DOCUMENTACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Si no tiene la documentación para verificar sus ingresos Y cumple con cualquiera de los siguientes criterios, incluya una declaración firmada que explique su situación de ingresos.

- No recibo un talón de pago formal de mi empleador.
- No tengo ingresos. (Si marca esta casilla, debe proporcionar una explicación por escrito de su situación financiera en la sección "Ingresos" de esta solicitud).
- No tuve que presentar una declaración de impuestos federal o estatal del último año fiscal.

Si ninguna de las opciones anteriores se aplica a su caso, es posible que deba enviar copias de todos los documentos requeridos con esta solicitud.

GASTOS MÉDICOS: CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Si su ingreso familiar es igual o mayor al 350% de las pautas federales de pobreza o si presenta la solicitud bajo circunstancias especiales, debe llenar esta sección. Escriba los gastos médicos que pagó de su bolsillo en los últimos 12 meses y envíe copias de sus recibos o facturas desglosadas que no sean de Kaiser Permanente con su solicitud de MFA completada.

Visitas al consultorio o al hospital: \$ _____ Medicamentos recetados: \$ _____

Otros gastos médicos, como servicios de ambulancia, equipo médico o gastos dentales: \$ _____

(Describa):

AUTORIZACIÓN DE INFORME DE CRÉDITO Y ACUERDO FINANCIERO

Por el presente, declaro bajo protesta de decir verdad que (a) toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera y precisa en todos sus aspectos, y que los documentos adjuntos son copias fieles de los documentos originales, o que (b) no puedo proporcionar documentos que sirvan como prueba ni evidencia de mis ingresos. Doy mi consentimiento y también reconozco y acepto que soy responsable de pagar a KFHP (Kaiser Foundation Health Plans) todos los montos adeudados a KFHP por servicios y artículos médicos que el Programa no cubre (es decir, los "Saldos").

- Estoy de acuerdo en permitir que Kaiser Foundation Health Plans y Kaiser Foundation Hospitals obtengan información de las agencias de informes de crédito de los consumidores y de otras fuentes de información para determinar mi elegibilidad para los programas médicos federales, estatales y privados.
- No acepto lo que se describe en la oración anterior. (Escriba sus iniciales aquí si marcó esta casilla). _____

Se le informará al solicitante o al titular de la cuenta si la solicitud fue aprobada o denegada por correo o por teléfono. Kaiser Permanente se reserva el derecho de enmendar o retractar las asignaciones.

Firma del solicitante/tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Firma del cónyuge del solicitante/tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)

AYUDA EN SU IDIOMA

Hay intérpretes disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana sin costo para usted. También podemos proporcionarle a usted, a su familia y a sus amigos cualquier ayuda especial necesaria para acceder a nuestros centros y servicios. Además, puede obtener material escrito en su idioma. Para obtener más información, llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio a los Miembros (Member Service Call Center) al **1-800-464-4000** o al **1-800-777-1370** (línea TTY para los miembros que sean sordos o tengan deficiencias auditivas o del habla), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., y los sábados y domingos, de 7 a. m. a 3 p. m.
