



## Asistencia sobre asesoramiento financiero de Kaiser Permanente

Si su factura de Kaiser Permanente representa una dificultad financiera para usted, es posible que usted sea elegible para recibir asistencia.



## Asesoramiento financiero

La misión de Kaiser Permanente es mejorar la salud de nuestros pacientes y de las comunidades a las que atendemos. Si sus facturas médicas son un obstáculo financiero para recibir la atención necesaria desde el punto de vista médico, nuestros asesores financieros pueden ayudarle a solicitar asistencia federal, estatal y local, que incluye:

### Federales

- **Medicare** es un programa de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) que reembolsa a los hospitales y médicos que tratan a las personas de 65 años o mayores que son elegibles para ser parte del programa, así como a determinadas personas discapacitadas menores de 65 años.
- **Medicare Extra Help** es un programa de apoyo para que los beneficiarios de bajos ingresos de la Parte D de Medicare paguen los medicamentos recetados.

### Estatales y locales

- **Medicaid**, un programa financiado conjuntamente por los estados y el gobierno federal, reembolsa a los hospitales y médicos que tratan a las personas que reúnen los requisitos del programa y que no pueden pagar sus gastos médicos.
- **Víctimas del Delito** es un programa financiado por el estado (Oregon y Washington) que reembolsa a los hospitales y médicos por el tratamiento de las personas que reúnen los requisitos del programa y que han sido víctimas de un delito.

## Solicitud de asesoramiento

Llame al Departamento de Servicios (Membership Services) de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

Todas las áreas..... 1-800-813-2000

Línea TTY ..... 711

Servicios de interpretación de idiomas ..... 1-800-324-8010

Lo remitirán a un asesor financiero que lo atenderá por teléfono o personalmente en una clínica cerca de usted.



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

La MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) es un programa de asistencia temporal disponible para pacientes asegurados, no asegurados y de bajos ingresos (sin importar si son miembros o no del plan de salud) que reúnen los criterios de elegibilidad.

La MFA no es un seguro médico. Usted debe hacer solicitudes para todos los demás programas de asistencia pública o privada antes de ser considerado para recibir la MFA.

Según el programa de MFA:

- Se asignará asistencia financiera completa a los pacientes asegurados y no asegurados cuyos ingresos sean menores al 301% de las FPG (Federal Poverty Guidelines, Pautas Federales sobre el Índice de Pobreza).
- Se asignará la MFA a los pacientes no asegurados cuyos ingresos estén entre el 301% y el 350% de las FPG si se envían y se validan los documentos de respaldo.
- Se asignará la asistencia financiera completa para cualquier nivel de ingresos si hay circunstancias especiales.

### ¿Qué cubre la MFA?

- Este programa paga por los servicios recibidos en los centros de atención que administra o que son propiedad de Kaiser Permanente Northwest. No pagará los bienes o la atención proporcionados fuera de nuestra área de servicio o en centros de atención que no sean de Kaiser Permanente, incluso si el centro médico es un centro contratado o del plan, como The Portland Clinic, Legacy Salmon Creek Medical Center o el Hospital de Salem. No pagará por los servicios en estos centros médicos aún si su médico de Kaiser Permanente lo remitió.

- Es posible que se cubran la atención y los bienes que sean parte de los beneficios de su plan de salud. Los artículos que no están cubiertos por su plan de salud generalmente no son elegibles para la asistencia financiera.
- Usted tendrá que pagar los artículos o servicios que no cumplan los requisitos. Esto incluye artículos de venta sin receta, servicios cosméticos, algunos tipos de equipo médico duradero y otros artículos y servicios.

### ¿Cómo solicito la asistencia financiera?

Llene el "Formulario de asistencia financiera de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest" incluido en este folleto. Si necesita ayuda para llenar el formulario o para solicitar participar en otros programas de asistencia financiera, llame al Departamento de Servicios al 503-813-2000 para ser remitido a un asesor financiero que lo atenderá por teléfono o personalmente en una clínica que esté cerca de usted. Los asesores financieros también están ubicados cerca del Departamento de Servicios Comerciales para el Acceso de los Pacientes (Patient Access Business Service Department) en cualquier hospital de Kaiser Permanente.

### ¿Qué sucede después?

Le notificaremos por correo si se requiere documentación adicional. Esta puede incluir:

- Copia de un talón de pago actual que incluya los ingresos del último año. Si en el talón de pago no se incluyen los ingresos del último año, entonces presente copias de sus dos últimos talones de pago consecutivos.
- Copia de la última declaración de impuestos con verificación electrónica de presentación o con su firma (incluya todas las páginas y programas).

- Copias de otros documentos donde puedan verificarse sus ingresos, como cartas del Seguro Social, de incapacidad o de agencias de desempleo, o prueba de manutención o pensión alimenticia.
- Si no tiene ingresos, envíe una carta de respaldo que explique cómo paga sus gastos diarios.
- Cualquier otra documentación que pueda solicitarse.

Las solicitudes se procesan en el orden en el que las recibimos y pueden tardar hasta 30 días hábiles en ser procesadas.

Envíe por correo o por fax su solicitud llenada y firmada a:

ATTENTION: Financial Counseling  
Kaiser Foundation Health Plan  
of the Northwest  
500 NE Multnomah Street,  
Suite 100  
Portland, OR 97232-9807  
o envíe un fax al: 503-813-2282

En caso de que su solicitud sea aprobada, le enviaremos una explicación de su asignación. La asignación depende de su nivel de ingresos o de sus gastos médicos. Puede aplicarse a los gastos que cubrió de su propio bolsillo para pagar copagos, deducibles y medicamentos recetados.

Si ha agotado su asignación de la MFA para el periodo en curso de 12 meses o si sus ingresos rebasan las pautas, es posible que sea elegible para recibir una asignación para una circunstancia especial basada en gastos médicos altos. Para ser elegible, los gastos médicos anuales de los familiares que viven en su casa deben llegar a un 10% del ingreso familiar bruto anual o rebasarlo en un periodo continuo de 12 meses. (Los gastos médicos incluyen pagos hechos de su propio bolsillo para cubrir los costos de primas de seguros médicos, primas de la Parte B de Medicare, facturas médicas sin pagar, facturas médicas pagadas y medicamentos recetados).

# Formulario de asistencia financiera de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		NÚMERO DE REGISTRO DE SALUD	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO:	
EMPLEADOR			
APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL CÓNYUGE/TUTOR LEGAL		NÚMERO DE REGISTRO DE SALUD	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO:	
EMPLEADOR			

INGRESO FAMILIAR BRUTO MENSUAL (Incluya TODOS los ingresos de los familiares que viven en el hogar)			
<b>SALARIOS</b>		Número de familiares que viven en su hogar: _____  (Familiares = paciente, cónyuge/pareja doméstica calificada, parientes de nacimiento o por adopción).	¿Cuenta con otro seguro médico? Si respondió que sí, ¿con qué compañía?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Nombre de la compañía de seguros: _____ _____  N.º de identificación del suscriptor: _____
Solicitante	\$		
Cónyuge	\$		
Hijos	\$		
Otro	\$		
<b>PENSIONES</b>		¿Su solicitud es por una circunstancia especial basada en gastos médicos que representan un 10% o más de su ingreso familiar bruto anual?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Solicitante	\$		
Cónyuge	\$		
Otro	\$		
<b>SEGURO SOCIAL</b>		¿Qué familiar está solicitando la MFA? Nombre y número de registro de salud: _____ _____ _____ _____	
Solicitante	\$		
Cónyuge	\$		
Hijos	\$		
Otro	\$		
<b>MANUTENCIÓN/PENSIÓN ALIMENTICIA</b>	\$		
<b>DESEMPLEO</b>			
Solicitante	\$		
Cónyuge	\$		
Otro	\$		
<b>OTROS INGRESOS</b>	\$		
<b>OTROS INGRESOS</b>	\$		
<b>INGRESOS TOTALES</b>	\$		

Certifico que la información en este formulario es correcta. Si lo solicitan, proporcionaré cualquier documento necesario a Kaiser Permanente para confirmar esta información. Dichos documentos pueden incluir comprobantes de ingresos, comprobantes de bienes o ambos. Doy mi consentimiento para que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y Kaiser Foundation Hospitals (Kaiser Permanente) obtengan información de las agencias de informes de crédito de los consumidores y de otras fuentes de información con el propósito de determinar si cumpla los requisitos de los programas médicos estatales, nacionales o privados en la medida en que una parte o la totalidad de los cargos previstos por concepto de servicios médicos supere el monto cubierto por tales programas, y para determinar si cumpla los requisitos para participar en un programa de pago diferido. También declaro comprender que existen ciertas circunstancias, como la revisión de cuentas de facturación o los procesos de cobranza, en las que Kaiser Foundation Health Plan o el Northwest Permanente Medical Group no necesitan el consentimiento del paciente para solicitar un informe de crédito.

FIRMA DEL SOLICITANTE/TUTOR LEGAL	FECHA
FIRMA DEL SOLICITANTE/TUTOR LEGAL	FECHA