



## Помощь и финансовое консультирование организации Kaiser Permanente

Если Ваш счет от организации Kaiser Permanente ставит Вас в затруднительное финансовое положение, Вы можете получить помощь.



## Финансовое консультирование

Организация Kaiser Permanente стремится к улучшению здоровья своих пациентов и населения, которых она обслуживает. Если Ваши медицинские счета препятствуют получению необходимого Вам медицинского ухода, наши финансовые консультанты помогут Вам подать заявление в государственные, штатные или местные программы помощи, включая:

### Государственные программы

- **Программа «Medicare»** — программа Администрации социального обеспечения, оплачивающая за медицинское обслуживание, которое было предоставлено больницами и врачами соответствующим лицам в возрасте от 65, а также определенным лицам с ограниченными возможностями в возрасте до 65.
- **Программа «Medicare Extra Help»** — программа помощи в получении рецептурных препаратов для участников программы «Medicare Part D» с низким уровнем доходов.

### Программы штата/ местные программы

- **Программа «Medicaid»** — финансируемая управлением штата совместно с федеральным правительством программа, оплачивающая за медицинское обслуживание, которое было предоставлено больницами и врачами соответствующим лицам, не способным оплачивать свои медицинские счета.
- **Помощь жертвам преступлений** — финансируемая штатом программа (Орегон и Вашингтон), оплачивающая за медицинское обслуживание, которое было предоставлено больницами и врачами соответствующим лицам, ставшим жертвами преступления.

### Для запроса консультации

Пожалуйста, свяжитесь с отделом по работе с участниками страховых планов с 8:00 до 18:00, с понедельника по пятницу по тел.:

Все районы ..... 1-800-813-2000

Линия ТТУ ..... 711

Услуги устного перевода ..... 1-800-324-8010

Вас направят к финансовому консультанту, с которым Вы сможете переговорить по телефону или лично, встретившись с ним в ближайшей к Вам клинике.



## Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг от организации Kaiser Permanente (MFA)

Программа «MFA» — программа временной помощи, доступная соответствующим определенным требованиям пациентам, имеющим или не имеющим страхование, а также пациентам с низким уровнем доходов (независимо от наличия медицинского страхования).

Программа «MFA» не является медицинским страхованием. Вам необходимо подать заявление в другие общественные и/или частные программы помощи, прежде чем программа «MFA» рассмотрит Вашу кандидатуру.

В рамках программы «MFA»:

- Застрахованные или незастрахованные пациенты, чей доход ниже 301% от суммы прожиточного минимума, установленной на федеральном уровне (FPG), получают полную финансовую помощь.
- Незастрахованные пациенты, чей доход составляет от 301% до 350% от суммы прожиточного минимума, установленной на федеральном уровне, получают помощь программы «MFA», если будет сдана и проверена необходимая документация.
- При особых обстоятельствах и независимо от уровня доходов может быть предоставлена полная финансовая помощь.

### Что покрывает программа «MFA»?

- Данная программа оплачивает стоимость услуг, предоставляемых в учреждениях организации Kaiser Permanente Northwest. Она не оплачивает стоимость товаров или лечения, предоставленных за пределами нашей зоны обслуживания или в учреждениях, не принадлежащих организации Kaiser Permanente, даже если такие учреждения работают с организацией по контракту или входят в план страхования, например, клиника «The Portland Clinic», медицинский

центр «Legacy Salmon Creek Medical Center» или больница «Salem Hospital». Она не оплачивает стоимость услуг этих учреждений, даже если врач организации Kaiser Permanente направил Вас туда.

- Лечение и товары, входящие в Ваш план страхования, могут покрываться программой. Услуги, не входящие в Ваш план страхования, обычно не покрываются данной программой финансовой помощи.
- Вы обязаны оплатить за товары и услуги, не соответствующие требованиям программы, самостоятельно. Сюда входят препараты, выдаваемые без рецепта, косметические услуги, определенное долговременное медицинское оборудование и другие товары и услуги.

### Как подать заявление на получение финансовой помощи?

Пожалуйста, заполните бланк заявления на получение материальной помощи от организации Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, приложенный к данной брошюре. Если Вам нужна помощь при заполнении бланка заявления или подачи заявления в другие программы финансовой помощи, свяжитесь с отделом по работе с участниками страховых планов по тел. 503-813-2000, и Вас направят к финансовому консультанту, с которым Вы сможете переговорить по телефону или лично, встретившись с ним в ближайшей к Вам клинике. Финансовые консультанты также находятся рядом с коммерческим отделом по обслуживанию пациентов любой больницы организации Kaiser Permanente.

### Что будет дальше?

Если нам необходима дополнительная документация, мы сообщим Вам об этом по почте. Примеры необходимой документации:

- Копия последней квитанции о начислении зарплаты с указанием доходов, полученных с начала года до текущей даты (YTD). Если полученный с начала года до текущей даты доход не указан, тогда копии Ваших двух последних квитанций о начислении зарплаты.

- Копия последней федеральной налоговой декларации с подтверждением электронной отправки или Вашей подписью (включая все страницы и таблицы).
- Копии других документов, подтверждающих доход, например, письма от Администрации социального обеспечения, агентств по инвалидности и безработице, а также справки о выплате алиментов/алиментов на детей.
- Если у Вас нет дохода – заявление с описанием Ваших средств к существованию.
- Любая другая запрашиваемая документация.

Заявления обрабатываются в порядке очередности в течение 30 рабочих дней с момента их получения.

Пожалуйста, отправьте заполненное и подписанное заявление по почте или факсу:

АДРЕС: Financial Counseling  
Kaiser Foundation Health Plan  
of the Northwest  
500 NE Multnomah Street,  
Suite 100  
Portland, OR 97232-9807  
Номер факса: 503-813-2282

Если Ваше заявление будет утверждено, мы вышлем Вам полное разъяснение Ваших пособий. Пособия зависят от Вашего уровня доходов и/или размеров медицинских затрат. Они могут оплатить стоимость совершаемых Вами доплат, нестрахуемых минимумов и стоимость рецептурных препаратов.

Если Вы истратили все пособия, получаемые по программе «MFA» за текущий 12-месячный период, и/или если Ваш доход превышает установленные критерии, Вы можете получить пособия на основе «особых обстоятельств» при наличии больших медицинских расходов. Для этого необходимо, чтобы размер Ваших ежегодных медицинских расходов семьи составлял или превышал 10% от Вашего ежегодного совокупного дохода семьи. (Под медицинскими расходами подразумеваются оплачиваемые Вами ежемесячные страховые взносы, взносы программы «Medicare B», неоплаченные медицинские счета, оплаченные медицинские счета и стоимость рецептурных препаратов.)

# Бланк заявления на получение материальной помощи от организации Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО	НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ТЕЛЕФОН
РАБОТОДАТЕЛЬ		
СУПРУГ(А)/ОПЕКУН ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО	НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ТЕЛЕФОН
РАБОТОДАТЕЛЬ		

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СОВОКУПНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ (Перечислить ВСЕ доходы всех членов семьи)		
<b>ЗАРПЛАТЫ</b>		
Заявитель	\$	Количество человек в семье: _____ (Члены семьи = пациент, супруг(а)/соответствующий требованиям сожитель или сожительница, родственники по крови или усыновлению.)
Супруг(а)	\$	
Дети	\$	
Другие	\$	
<b>ПЕНСИИ</b>		
Заявитель	\$	Подаете ли Вы заявление на основе «особых обстоятельств», при которых размер Ваших медицинских расходов составляет или превышает 10% от Вашего ежегодного совокупного дохода семьи?
Супруг(а)	\$	
Другие	\$	
<b>СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ</b>		
Заявитель	\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Супруг(а)	\$	Кто подает заявление на получение материальной помощи от программы «MFA»? Имя и номер медицинской карты:
Дети	\$	
Другие	\$	
<b>ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА/АЛИМЕНТЫ</b>		
<b>ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ</b>		
Заявитель	\$	_____ _____ _____ _____
Супруг(а)	\$	
Другие	\$	
<b>ДРУГИЕ ДОХОДЫ</b>		
ДРУГИЕ ДОХОДЫ	\$	_____ _____
ДРУГИЕ ДОХОДЫ	\$	
<b>ОБЩИЙ ДОХОД</b>	<b>\$</b>	
Я подтверждаю, что информация в этом заявлении является верной. По требованию, я предоставляю организации Kaiser Permanente всю необходимую документацию для подтверждения данной информации. Такая документация может включать в себя справки о доходах и имеющихся активах. Я разрешаю Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest и Kaiser Foundation Hospitals (Kaiser Permanente) получить информацию от агентств, составляющих рейтинг кредитных историй потребителей, и других источников информации в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, а также условиям программы рассрочки, действующей в случае, если размер некоторых или всех счетов за медицинские услуги превышает сумму, оплачиваемую такими программами. Я также понимаю, что существуют обстоятельства, такие как проверка выставленных счетов и/или оплаты задолженностей, при которых Kaiser Foundation Health Plan/или NW Permanente Medical Group не обязаны получить согласие пациента для проведения проверки его/ее кредитной истории.		
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		ДАТА
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		ДАТА

