



## Kaiser Permanente 财务咨询援助

如果您的财务咨询援助账单给您带来经济困难，  
您将适合接受帮助。



所有保险计划均由西北凯萨保健计划基金会提供和包销。  
500 NE Multnomah St., Ste. 100, Portland, OR 97232.

## 财务咨询

Kaiser Permanente的任务是改善我们的患者和我们所服务的社区的健康。如果您的医疗帐单是取得医疗必要护理的财务负担，我们的财务顾问可以帮助您申请联邦、州和当地援助，包括：

### 联邦

- **Medicare** 是一个美国社会保障总署的计划，为医院和医师提供报销，使其治疗年龄达到或超过 65 周岁人群以及年龄未满 65 周岁的特定残疾人群。
- **Medicare**处方药品计划补助是一个为低收入Medicare计划D受助人提供处方药支持的计划。

### 州/当地

- **Medicaid**，由州和联邦政府共同出资，为医院和医师提供报销，使其治疗无法承担医疗费用且符合条件的人。
- 罪案受害者由州出资的计划（俄勒冈州和华盛顿州），为医院和医师提供报销，使其治疗符合条件的犯罪受害者。

### 若要要求咨询

请致电会员服务处，周一至周五，早上8时至晚上6时：

所有地区 ..... 1-800-813-2000

听障及语障电话（TTY）专线 ..... 711

语言口译服务 ..... 1-800-324-8010

您将在电话上被转介到一位财务顾问，或到您就近诊所亲自见一位财务顾问。



## Kaiser Permanente 医疗资金援助(MFA)

Kaiser Permanente 医疗资金援助是针对符合指定条件的已投保、未投保和低收入患者（无论是否为保健计划会员）的临时性援助计划。

医疗资金援助不是医疗保险。您必须申请所有其他公众和/或私人援助，才会被MFA考虑。

在MFA计划下：

- 未投保和已投保的患者，若收入低于联邦贫困指引（FPG）301%，将获得全额资助资金。
- 未投保的患者，若收入在FPG的%和350%之间，在提交支持文件并验证有效时，将获得一项MFA资金。
- 在任何收入水平，可能由于特殊情况而获得全额资助资金。

## MFA包括什么？

- 本计划为西北Kaiser Permanente所有或运营设施提供的服务支付资金援助。它不会支付我们服务地区以外或非Kaiser Permanente设施所提供的医疗用品或医疗服务，即使该设施被识别为合约或计划设施，如Portland诊所，Legacy Salmon Creek医疗中心，或Salem医院。即使您的Kaiser Permanente医生推荐，本计划也不会支付这些地点提供的服务。
- 属于保健计划福利的医疗服务和医疗用品在本计划援助范围内。不在您保健计划援助范围内的项目通常无法获取资金援助。

- 您必须支付不符合条件的项目或服务费用。包括非处方项目、美容服务、特定耐用医疗设备或其他项目和服务。

## 如何申请资金援助？

请填写本手册中的「西北凯萨保健基金会资金援助表」。如果您在填表或申请其他资金援助计划时需要帮助，请拨打503-813-2000联系会员服务部门，您将在电话上被转介到一位财务顾问，或到您就近诊所亲自见一位财务顾问。财务顾问也位於任何Kaiser Permanente医院靠近患者接入业务服务部处。

## 接下来会发生什么？

如果需要其他文件，我们将通过邮件通知您。这可能包括：

- 一份包含年初至今（YTD）收入的现今工资单副本。如果YTD收入未陈列在内，那么，两份您最近连续的工资单副本；或
- 您最近的联邦税表副本，附带电子方式提交证明或您的签名（包括所有页面和程序单）；或
- 其他收入证明文件副本，例如，由社会保障总署、残障或失业机构而来的信件，或赡养费/子女抚养费证明；或
- 如果您没有收入，一封支持信说明您维持生活的方式；和
- 任何其他可能要求的文件。

我们将根据接收顺序处理申请，最多需要30个工作日进行处理。

请将填好并且签名的申请表邮寄或传真至：

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

如果您通过审批，我们将为您发送援助资金的完整说明。资金将根据您的收入水平和/或医疗费用决定。该资金可用于您的实付费用包括共付额、免赔额和处方药。

如果您已经用完最近12个月的医疗资金援助资金并且/或者您的收入超过指引内规定，则根据高额医药费用您可能符合特殊情况。若要符合资格，在滚动的12月期间内，您的年度家庭医疗费用必须达到或超过年度家庭总收入的10%。医疗费用包括为月度医疗保险费、Medicare B保险费、未支付的医疗费用、已支付的医疗费用和处方费用实际支付的费用。

# 西北凯萨保健基金会资金援助表

姓、名、中间名首字母	病历号	出生日期
地址、城市、州、邮编	电话	
雇主		
配偶/监护人姓、名、中间名首字母	病历号	出生日期
地址、城市、州、邮编	电话	
雇主		

月度家庭总收入（列出家庭中所有成员的总收入）		
<b>工资</b>		家庭成员数目： _____ （家庭成员 = 患者、配偶/法律认可的家庭伴侣、生育或领养子女。）  您是否有其他医疗保险？如有，参保人员： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  保险公司名称： _____  保户身份证号 - _____
申请人	美元	
配偶	美元	
儿童	美元	
其他	美元	
<b>养老金</b>		您是否根据医疗费用占年度家庭总收入的10%或更高比例来申请特殊情况？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
申请人	美元	
配偶	美元	
其他	美元	
<b>社会保险</b>		
申请人	美元	家庭中哪位成员正在申请医疗资金援助（MFA）？姓名和病历号： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
配偶	美元	
儿童	美元	
其他	美元	
子女抚养费/赡养费	美元	
<b>失业</b>		
申请人	美元	
配偶	美元	
其他	美元	
其他收入	美元	
其他收入	美元	
<b>总收入</b>	<b>美元</b>	

我保证此表中的信息正确。如有需求，我将为Kaiser Permanente提供必要的文件来确认此信息。该文件可包括收入证明、资产证明或同时包括以上两者。我同意西北凯萨保健计划基金会和凯萨基金医院 (Kaiser Permanente) 从消费信贷报告机构和其他第三方信息来源获取信息以便确定是否符合联邦、州和私人医疗计划条件，同时确定医疗服务部分或全部预计费用超出此类计划承担金额的情况以便决定是否符合延期支持计划条件。我明确知悉在计费账户审查和/或收集信息等条件下，凯萨保健计划基金会和/或西北Permanente凯萨医疗团体无需征得患者同意即可执行信用调查。

申请人/监护人签名	日期
申请人/监护人签名	日期