

## Programme d'assistance financière médicale (Medical Financial Assistance, MFA)

Si vous avez besoin d'aide pour payer les soins de santé reçus ou que vous allez recevoir, ou les médicaments prescrits de Kaiser Permanente, notre programme d'assistance financière médicale (MFA) peut peut-être vous aider. Vous pouvez déposer une demande comprenant les informations sur les revenus de votre ménage.

### Fonctionnement du programme

- Le programme offre des « allocations » temporaires pour aider les demandeurs éligibles à payer les soins sur la base de leurs besoins financiers.
- Il est accessible à tous les patients Kaiser Permanente, qu'ils soient membres ou non.
- Si l'allocation est accordée, le programme couvrira les soins préventifs/urgents ou médicalement nécessaires dispensés par des prestataires Kaiser Permanente ou dans des établissements Kaiser Permanente pendant une période déterminée.
- L'allocation ne s'applique pas aux services de santé fournis et facturés en dehors des établissements Kaiser Permanente.

### Comment être éligible ?

**Pour être éligible, vous devez répondre à l'UN des critères suivants :**

1. Le revenu brut de votre ménage (revenu avant impôts et déductions) est inférieur ou égal à 300 % du seuil de pauvreté fédéral.

**OU**

2. Vos dépenses de santé pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires, les soins dentaires et les médicaments sur une période de 12 mois sont égales ou supérieures à 10 % du revenu brut de votre ménage.
  - Les frais à la charge du patient comprennent le ticket modérateur, la coassurance et la franchise.
  - Les frais à la charge du patient ne comprennent pas les paiements effectués dans le cadre de votre régime d'assurance maladie, tels que les cotisations mensuelles.

<b>Directives fédérales sur la pauvreté de 2024 (Federal Poverty Guidelines, FPG)</b>			
<b>Si la taille de votre ménage/famille est :</b>	<b>Allocation de 100 % pour les ménages dont le revenu mensuel brut est inférieur ou égal à 200 % du seuil de pauvreté fédéral</b>	<b>Allocation de 75 % pour les ménages dont le revenu mensuel brut est compris entre 201 % et 250 % du seuil de pauvreté fédéral</b>	<b>Allocation de 50 % pour les ménages dont le revenu mensuel brut est compris entre 251 % et 300 % du seuil de pauvreté fédéral</b>
1	Jusqu'à \$2,510	De \$2,511 à \$3,138	De \$3,139 à \$3,765
2	Jusqu'à \$3,407	De \$3,408 à \$4,258	De \$4,259 à \$5,110
3	Jusqu'à \$4,303	De \$4,304 à \$5,379	De \$5,380 à \$6,455
4	Jusqu'à \$5,200	De \$5,201 à \$6,500	De \$6,501 à \$7,800
5	Jusqu'à \$6,097	De \$6,098 à \$7,621	De \$7,622 à \$9,145
6	Jusqu'à \$6,993	De \$6,994 à \$8,742	De \$8,743 à \$10,490

Rendez-vous sur [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) pour trouver les directives relatives aux ménages plus importants.

### Vous avez des questions ?

Pour plus d'informations sur les conditions à remplir pour bénéficier du programme MFA, ou pour connaître les services de santé pris en charge, rendez-vous sur [kp.org/mfa/wa](http://kp.org/mfa/wa), appelez le **1-800-442-4014** ou scannez ce code.



Pour plus de renseignements à propos des options de couverture, veuillez nous joindre au **1-800-479-5764** (TTY 711).

### Comment déposer une demande ?

Si vous remplissez les conditions d'éligibilité, vous pouvez déposer votre demande de plusieurs manières.

 <p>En ligne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande MFA en ligne <a href="http://kp.org/mfa/wa">kp.org/mfa/wa</a></li> <li>• Préparez-vous à fournir toutes les informations listées dans le formulaire de demande MFA à la page suivante.</li> </ul>
 <p>Par télécopie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante.</li> <li>• Envoyez par télécopie votre demande dûment remplie au numéro suivant <b>206-877-0640</b>.</li> </ul>
 <p>Par voie postale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante.</li> <li>• Envoyez votre demande dûment remplie à l'adresse suivante : Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584</li> </ul>
 <p>Remettre votre demande en main propre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante.</li> <li>• Déposez votre demande remplie au Service des patients ou à l'accueil de tout établissement Kaiser Permanente.</li> </ul>

**Important !** Lorsque vous envoyez votre demande en ligne, par courrier ou par télécopie, ou lorsque vous la déposez en personne, veillez à ce que le formulaire soit le plus complet possible. Les informations manquantes peuvent retarder le traitement de votre demande et entraîner un refus d'aide.

### Vous avez besoin d'aide ?

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour votre demande, veuillez appeler le **1-800-442-4014** (TTY 711), du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNP.

## Justificatifs de revenus

La vérification des revenus fait partie du processus de détermination de l'éligibilité à l'assistance financière médicale. Le fait de joindre des justificatifs de revenus à votre demande dûment remplie permettra de confirmer l'exactitude de vos revenus au cours de la procédure d'examen. Le tableau ci-dessous énumère les documents facultatifs à soumettre en fonction des sources de revenus de votre ménage.

Source(s) de revenus du ménage	Ne fournir qu'un seul des éléments suivants par source de revenus
Revenus commerciaux/locatifs	W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Revenus professionnels/salaires	Bulletins de salaire récents W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Pensions/retraites/rentes perçues	Bulletins de salaire récents Déclaration de versement de pension/retraite W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Revenus des travailleurs indépendants	Bulletins de salaire récents W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Aides sociales/revenu complémentaire de sécurité	Lettre de vérification des prestations émanant de l'administration de la sécurité sociale Déclaration de sécurité sociale
Allocations de chômage/revenus d'invalidité	Lettre de vérification des allocations de chômage/d'invalidité W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Pension des anciens combattants	Lettre de vérification des allocations des anciens combattants W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Aide gouvernementale (par exemple, Medicaid, TANF, SNAP, WIC ou logement à loyer modéré)	Approbation de la lettre d'éligibilité
Revenus d'intérêts ou de dividendes	Déclaration d'impôts récente
Pensions alimentaires pour époux/enfants perçues	Une lettre indiquant les revenus bruts mensuels perçus au titre de la pension alimentaire
Aucun revenu du ménage	Attestation/explication écrite

## Ce qui vous attend une fois votre demande déposée

Après avoir examiné votre demande dûment remplie, nous vous ferons part de l'une des décisions suivantes dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de votre demande :

- Si votre demande est approuvée, vous recevrez une lettre vous informant de l'attribution de votre allocation.
- Si votre demande est incomplète, vous recevrez une lettre expliquant les informations nécessaires au traitement de votre demande. Vous pouvez envoyer les informations demandées par voie postale ou les déposer en personne ; il peut s'agir de justificatifs de revenus ou de copies de vos dépenses.
- Si votre demande est refusée, vous recevrez une lettre vous informant des raisons de ce refus, auquel cas vous pourrez faire appel de notre décision.

## Formulaire du programme d'assistance financière médicale (MFA)

### Section 1 : Informations du patient

NOM		NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (FACULTATIF)	
DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (FACULTATIF)		<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale
ADRESSE POSTALE (RUE)			
VILLE		ÉTAT	CODE POSTAL
Le patient est-il actuellement sans logement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre

Le patient bénéficie-t-il d'un programme d'aide de l'État tel que le Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), le Temporary Assistance for Needy Families (TANF), le Women, Infants & Children (WIC), un logement à loyer modéré ou Medicaid ?  Oui  Non

### Section 2 : Informations du ménage

**Taille du ménage :** Nombre de membres du ménage (y compris vous) qui vivent au sein de votre foyer. Il peut s'agir d'un conjoint ou d'un partenaire domestique, d'enfants, d'un gardien non parent, d'un parent, etc.

**Revenu du ménage (mensuel) :** Revenu brut total (revenu avant impôts et déductions) de tous les membres du ménage âgés de plus de 18 ans. Cochez TOUS les types de revenus concernés :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revenus commerciaux/locatifs                       | <input type="checkbox"/> Allocations de chômage/revenus d'invalidité   |
| <input type="checkbox"/> Revenus professionnels/salaires                    | <input type="checkbox"/> Pensions alimentaires pour époux/enfants perçues  |
| <input type="checkbox"/> Pension des anciens combattants                    | <input type="checkbox"/> Pensions/retraites/rentes perçues   |
| <input type="checkbox"/> Revenus d'intérêts ou dividendes                   | <input type="checkbox"/> Personne dans mon ménage ne gagne ou n'a touché de revenus au cours des 2 derniers mois |
| <input type="checkbox"/> Revenus des travailleurs indépendants              |  |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale/revenu complémentaire de sécurité |  |

Si le revenu annuel brut de tous les membres du ménage est nul, cochez la case d'attestation ci-dessus et fournissez une explication écrite sur la manière dont les membres adultes du ménage subviennent à leurs besoins sans revenu, c'est-à-dire la nourriture, le logement, les charges et autres nécessités.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Coûts des soins de santé :** Le total des dépenses que vous avez engagées sur une période de 12 mois pour des services d'urgence ou médicalement nécessaires fournis par Kaiser Permanente ou tout autre prestataire de soins de santé. Il peut s'agir d'un ticket modérateur, d'une caution, d'une coassurance ou d'une franchise pour des services médicaux, pharmaceutiques ou dentaires éligibles.

\$ \_\_\_\_\_

---

---

**Veillez établir la liste de tous les membres de votre foyer qui demandent une assistance financière médicale (MFA).**

<b>Nom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Lien avec le patient</b>	<b>Numéro de dossier médical</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Vous n'êtes pas assuré(e) ? Kaiser Permanente peut vous aider.** Si vous ne bénéficiez pas d'une couverture santé, nous pouvons vous aider à comprendre les options qui s'offrent à vous. Cochez cette case si vous souhaitez que Kaiser Permanente vous contacte pour discuter de vos options ou vous pouvez nous appeler au **1-800-479-5764 (TTY 711)** pour obtenir un devis.

Oui, contactez-moi

---

Je déclare par la présente que toutes les informations mentionnées ci-dessus dans la présente demande sont véridiques, exactes et complètes à tous égards. Je reconnais et accepte également que je suis responsable envers les Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) de tous les montants dus aux Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals pour des biens et services médicaux qui ne sont pas éligibles dans le cadre du programme (les « montants restants »).

**Remarque :** Si aucun justificatif de revenu n'est fourni, les Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals utiliseront les informations fournies par les agences d'évaluation du crédit à la consommation et d'autres sources d'information tierces pour déterminer l'éligibilité aux programmes médicaux fédéraux, d'État et privés, y compris le programme MFA.

En soumettant cette demande, j'autorise les KFH/HP à demander des informations aux agences d'évaluation du crédit à la consommation et à d'autres sources d'information tierces afin de vérifier toute information fournie dans cette demande qui serait jugée nécessaire.

---

SIGNATURE	DATE
-----------	------

---

Tous les efforts raisonnables seront déployés pour traiter votre demande rapidement et, une fois votre demande examinée, vous recevrez une lettre confirmant la décision.

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

**English:** If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available.

**Chinese:** 如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

**Spanish:** Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.