

Piano di Assistenza Medico-Finanziaria (MFA) di Kaiser Permanente

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Chinese: 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-757-7585**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Piano di Assistenza Medico-Finanziaria (MFA) di Kaiser Permanente

Se necessita di assistenza per il pagamento di servizi sanitari o prescrizioni già ricevuti o di cui è in attesa da Kaiser Permanente, il nostro Piano di Assistenza Medico-Finanziaria (Medical Financial Assistance, MFA) potrebbe aiutarla.

Come funziona il Piano

- Il Piano prevede dei "contributi" temporanei per coprire le spese sanitarie dei richiedenti idonei, in base alla loro situazione finanziaria.
- È disponibile per tutti i pazienti Kaiser Permanente, che siano o meno membri.
- Se concesso, il Piano copre l'assistenza per servizi di emergenza o servizi medici necessari erogati dai fornitori Kaiser Permanente o presso le strutture Kaiser Permanente per un periodo di tempo specifico.

Idoneità

Per qualificarsi, è necessario essere in possesso di uno dei seguenti requisiti:*

1. Il reddito lordo del suo nucleo familiare non deve superare il 350% di quello indicato nelle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG).

***Nota:** se il reddito lordo del suo nucleo familiare supera il 350% del livello indicato nelle Linee guida federali sulla povertà e/o Lei è iscritto/a a Kaiser Permanente con un piano detraibile in California, deve soddisfare il requisito seguente.

2. Le sue spese sanitarie vive per interventi di emergenza o servizi medici necessari, cure odontoiatriche e farmaci su un periodo di 12 mesi ammontano o sono superiori al 10% del suo reddito familiare lordo.

- Le spese vive includono ticket sanitari, coassicurazioni e pagamenti detraibili.
- Le spese vive non includono i pagamenti del piano assicurativo sanitario in sé, ad esempio il premio mensile.

350% delle linee guida federali sulla povertà 2021		
Se il suo nucleo familiare è composto da:	Il reddito del nucleo familiare non deve superare:	
	Mensile	Annuale
1	\$3,757	\$45,080
2	\$5,081	\$60,970
3	\$6,405	\$76,860
4	\$7,729	\$92,750
5	\$9,053	\$108,640
6	\$10,378	\$124,530

Visiti aspe.hhs.gov/poverty per le linee guida per nuclei familiari più numerosi.

Ha domande?







Per maggiori informazioni su come qualificarsi per il Piano MFA o per informazioni sui servizi sanitari che copre, visiti www.kp.org/mfa/scal.

Se non ha un'assicurazione sanitaria, potrebbe venirle richiesto di farne domanda.

- Il Piano MFA fornisce esclusivamente contributi finanziari temporanei, per cui potremmo chiederle di presentare la domanda per una copertura assicurativa a lungo termine. Ciò potrebbe comprendere qualsiasi programma sanitario, pubblico o privato, per cui ha i requisiti, ad esempio Medi-Cal o dei piani sovvenzionati disponibili oggi nel settore delle assicurazioni sanitarie.
- Potremmo chiederle di fornire una prova della domanda che ha presentato per questi piani o che la Sua domanda è stata accolta o rifiutata. Potrebbe comunque avere la possibilità di ottenere aiuto finanziario dal Piano MFA mentre è in attesa di una decisione in merito a questi altri programmi.
- Se non è in possesso di una copertura sanitaria e vorrebbe maggiori informazioni, può chiamarci al numero 800-479-5764 (per TTY, chiami 711) per saperne di più sulle opzioni disponibili per lei.

Come fare richiesta

Se ha i requisiti necessari, può presentare richiesta con una delle seguenti modalità.

 Online	<ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda MFA online all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla domanda di MFA, nella pagina seguente.
 Telefonicamente	<ul style="list-style-type: none">• Ci chiami al recapito 1-800-390-3507 (TTY 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 17:00 ora standard del Pacifico (Pacific Standard Time, PST).• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla domanda di MFA, nella pagina seguente.
 Via fax	<ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.• Invi la richiesta compilata al numero di fax 1-866-497-0005.
 Per posta	<ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.• Spedisca la domanda compilata a: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 A mano	<ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.• Consegni a mano la domanda compilata presso il Reparto Accettazione dell'ospedale Kaiser Permanente di zona.
 Colloquio con un consulente finanziario	<ul style="list-style-type: none">• Consulti un consulente finanziario presso una delle nostre strutture designate, dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:00 PST.• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla domanda di MFA, nella pagina seguente.

Importante: se presenta la domanda via posta ordinaria o via fax oppure consegnandola a mano di persona, si accerti di averla compilata nel modo più completo possibile. L'eventuale mancanza di informazioni potrebbe comportare dei ritardi.

Che cosa attendersi dalla presentazione della domanda

Dopo aver esaminato la sua domanda compilata, le comunicheremo uno dei seguenti esiti:

- La sua domanda è stata approvata e le verrà accordato un contributo finanziario.
- Per completare la sua domanda, abbiamo bisogno di ulteriori informazioni o documenti che potrà inviarci per posta ordinaria o consegnarci a mano di persona; tra questi potrebbero esserci anche una dichiarazione dei redditi o copie delle sue spese vive.
- La sua domanda non è stata accettata e la motivazione del rifiuto; in questo caso potrà presentare ricorso contro la nostra decisione.

Ha bisogno di aiuto?

Se ha domande o le occorre aiuto con la domanda, può chiamarci al recapito **1-800-390-3507 (TTY 711)**, da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 17:00 PST. Può anche parlare con un consulente finanziario presso qualsiasi sede di Kaiser Permanente.

Richiesta del Piano di Assistenza Medico-Finanziaria (MFA)

Nome: _____ N. di cartella clinica: _____

Data di nascita: ____/____/____ N. di contatto: (____) _____ SSN: ____-____-____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Nucleo familiare: numero dei componenti del nucleo familiare (incluso Lei) che vivono presso la Sua abitazione. Può includere un/a coniuge o convivente idoneo/a, figli, un assistente familiare non genitore, ecc.

Reddito familiare (mensile): reddito totale lordo di tutti i componenti del nucleo familiare.

Selezionare TUTTI i tipi di reddito pertinenti:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente/Stipendi | <input type="checkbox"/> Alimenti / Mantenimento verso i figli |
| <input type="checkbox"/> Reddito da attività commerciale/
Redditi da locazione | <input type="checkbox"/> Pensione in rendita o capitale/
Rendite vitalizie |
| <input type="checkbox"/> Indennità di disoccupazione/
Sussidio di invalidità | <input type="checkbox"/> Sussidi previdenziali / Reddito previdenziale
integrativo/Sussidi per gli ex combattenti |

\$ _____

Costi per assistenza sanitaria: spese vive totali su un periodo di 12 mesi per servizi di emergenza o servizi medici necessari forniti da Kaiser Permanente o qualsiasi altro fornitore di servizi sanitari. Possono includere ticket sanitari, depositi, coassicurazioni, o pagamenti detraibili per servizi medici, farmaceutici oppure odontoiatrici ammissibili.

\$ _____

La preghiamo di elencare tutti i componenti del suo nucleo familiare che richiedono il Piano.

Nome	Data di nascita	Relazione	Cartella medica N°
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Non è assicurato/a? Kaiser Permanente può aiutarla. Se non ha una copertura sanitaria possiamo aiutarla a capire quali sono le possibili opzioni a sua disposizione. Selezioni questa casella se desidera che Kaiser Permanente la contatti per parlarne con lei.

Sì, contattatemi

Con la presente dichiaro, pena l'accusa di false attestazioni, che tutte le informazioni riportate nella presente domanda sono vere e accurate sotto ogni aspetto. Riconosco e confermo la mia responsabilità nei confronti di Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals per gli importi che competono a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals per beni e servizi medicali non coperti dal Piano (gli "Importi rimanenti").

Firma: _____ Data: _____

Nota: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals si riserva il diritto di utilizzare le informazioni sui consumatori fornite da agenzie di rating del credito e da altre fonti per stabilire l'idoneità ai piani medici federali, statali e privati, incluso il Piano MFA.