

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 di prescrizioni di cui già dispone, o che ha in programma di ricevere da Kaiser Permanente, il nostro programma di Assistenza medico-finanziaria (Medical Financial Assistance, MFA) potrebbe aiutarla.

Come funziona il programma

- Il programma offre a richiedenti che ne hanno diritto “assegnazioni” temporanee per l'assistenza sanitaria, in base alle proprie esigenze finanziarie.
- È disponibile per tutti i pazienti Kaiser Permanente, che siano iscritti o meno.
- Se assegnato, il programma copre l'assistenza di emergenza o clinicamente necessaria erogata da fornitori di Kaiser Permanente o presso strutture di Kaiser Permanente per un periodo specificato.

Per avere diritto

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 dalle Linee guida federali sulla povertà.

***Nota:** se il reddito lordo del suo nucleo familiare supera il 350% del livello indicato dalle Linee guida federali sulla povertà e/o Lei è un iscritto di Kaiser Permanente con un piano detraibile in California, deve rispondere al requisito che segue.

2. Le sue spese sanitarie vive per assistenza di emergenza o clinicamente necessaria, cure odontoiatriche e farmaci del 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 nessun pagamento del piano assicurativo sanitario in sé, ad esempio il premio mensile.

| Il 350% del livello indicato dalle Linee guida federali sulla povertà | | |
|--|--|-----------|
| Se le dimensioni del suo nucleo familiare sono: | Il reddito del suo nucleo familiare non deve essere superiore a: | |
| | Mensile | Annuale |
| 1 | \$3.722 | \$44.660 |
| 2 | \$5.028 | \$60.340 |
| 3 | \$6.335 | \$76.020 |
| 4 | \$7.642 | \$91.700 |
| 5 | \$8.948 | \$107.380 |
| 6 | \$10.255 | \$123.060 |

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

Ha delle domande?





Per maggiori informazioni sui requisiti necessari per il programma MFA, o per vedere di quali servizi sanitari prevede il pagamento, visiti www.kp.org/mfa/ncal.

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

- Poiché il programma MFA fornisce unicamente assegnazioni finanziarie temporanee, le potremmo chiedere di fare domanda di una copertura assicurativa a lungo termine. Ciò potrebbe comprendere qualsiasi programma sanitario pubblico o privato per cui ha i requisiti, come Medi-Cal o piani sovvenzionati disponibili oggi nel settore delle assicurazioni sanitarie.
- Potremmo chiederle di fornire una prova della sua domanda per questi programmi o che tale domanda è stata accolta o rifiutata. Mentre aspetta una decisione da questi altri programmi, potrebbe comunque avere la possibilità di ottenere aiuto finanziario dal programma MFA.
- Per maggiori informazioni su altre coperture sanitarie per le quali potrebbe avere i requisiti, visiti healthcare.gov o contatti il numero **1-800-318-2596**.

Come fare richiesta

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

| | |
|---|--|
|  Inviarla per posta | <ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per la MFA alla pagina seguente.• Invi per posta ordinaria la sua domanda compilata a: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598 |
|  Inviarla via fax | <ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per il MFA alla pagina seguente.• Invi la sua richiesta compilata al numero di fax 1-800-687-9901. |
|  Consegnarla a mano | <ul style="list-style-type: none">• Compili la domanda per la MFA alla pagina seguente.• Lasci la sua richiesta compilata al Patient Financial Operations di una qualunque struttura Kaiser Permanente. |
|  Telefonarci | <ul style="list-style-type: none">• Ci telefoni al numero 1-800-390-3507 (TTY 711), dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:00, ora standard del Pacifico.• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla pagina seguente della domanda di MFA. |

Importante: presentando la domanda via posta ordinaria o via fax, o consegnandola a mano di persona, si accerti di averla compilata nel modo più completo possibile. L'eventuale mancanza di informazioni potrebbe ritardare il procedimento della domanda.

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 accordata un'assegnazione finanziaria.
- Per completare la sua domanda, abbiamo bisogno di ulteriori informazioni o documenti, che Lei può inviare per posta ordinaria o consegnarci a mano di persona; tra questi potrebbero esserci anche una certificazione dei redditi o copie delle sue spese vive.
- La sua domanda non è stata accettata e la motivazione del rifiuto, nel qual caso lei può fare ricorso contro la nostra decisione.

Ha bisogno di aiuto?

Se ha delle domande o se ha bisogno di aiuto per questa domanda, la preghiamo di chiamare il numero **1-800-390-3507 (TTY 711)**, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 17:00 ora standard del Pacifico. Può anche parlare con un consulente finanziario di qualsiasi punto Kaiser Permanente.

Richiesta per il Programma di Assistenza medico-finanziaria (MFA)

Nome: _____ Cartella clinica n°: _____

Data di nascita: ___/___/___ N° di contatto: (____) _____ N° di sicurezza sociale: _____-_____-_____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice ZIP: _____

Entità del nucleo familiare: Numero di componenti della famiglia (con Lei) che vivono a casa sua. Può includere un/a coniuge o convivente qualificato/a, figli, un assistente familiare non genitore, ecc.

Reddito del nucleo familiare (mensile): Reddito totale lordo di tutti i componenti del nucleo familiare. Spuntare TUTTI i tipi di reddito che interessano:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito/stipendio da dipendente | <input type="checkbox"/> Alimenti/assegno di mantenimento dei figli |
| <input type="checkbox"/> Reddito da attività/proprietà in affitto | <input type="checkbox"/> Assegni pensionistici |
| <input type="checkbox"/> Sussidi di disoccupazione/Reddito da disabilità | <input type="checkbox"/> Sussidi previdenziali/reddito previdenziale integrativo/assegni per veterani |

 \$ _____

Spese vive: Spese vive totali di un periodo di 12 mesi per servizi di emergenza o clinicamente necessari forniti da Kaiser Permanente o da qualsiasi altro fornitore di servizi sanitari. Possono includere ticket sanitari, depositi, coassicurazioni o pagamenti detraibili per servizi medici, di farmacia o odontoiatrici ammissibili.

 \$ _____

La preghiamo di elencare tutti i componenti del suo nucleo familiare idonei per il programma.

| Nome | Data di nascita | Relazione | Cartella medica N° |
|-------|-----------------|-----------|--------------------|
| _____ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | _____ | _____ |
| _____ | ___/___/___ | _____ | _____ |

Le manca l'assicurazione? Kaiser Permanente può aiutarla. Se non ha una copertura sanitaria, possiamo aiutarla a capire quali opzioni sono disponibili per lei. Se desidera che Kaiser Permanente la contatti per parlarne con lei, spunti questa casella.

 Sì, contattatemi

Dichiaro con la presente sotto pena di spergiuro che tutte le informazioni espresse sopra nella presente richiesta sono vere e accurate sotto tutti gli aspetti. Riconosco e confermo inoltre che sono tenuto a rispondere a Kaiser Foundation Health Plans e Kaiser Permanente Hospitals per tutti gli importi che competono a Kaiser Foundation Health Plan e Kaiser Permanente Hospitals per beni e servizi medicali, non coperti dal Programma (gli "Importi rimanenti").

Firma: _____ Data: _____

Note: Kaiser Foundation Health Plan e Kaiser Permanente Hospitals si riservano il diritto di utilizzare le informazioni fornite da agenzie di informazioni commerciali ai consumatori e da altri fonti terze di informazioni per stabilire l'idoneità ai piani medici federali, statali e privati, Programma MFA incluso.