

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 “sussidi” 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.
- Il sussidio non si applica in caso di servizi per cure sanitarie somministrate e fatturate al di fuori di Kaiser Permanente.

Idoneità

Per qualificarsi, è necessario essere in possesso di UNO dei seguenti gruppi di requisiti:

1. Il reddito lordo del Suo nucleo familiare non deve superare il 400% di quello indicato nelle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG).

OPPURE

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

Se non ha un'assicurazione sanitaria, potrebbe essere invitato/a a 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 altri 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 assistenza finanziaria dal Piano MFA mentre è in attesa di una decisione in merito a questi altri programmi.

Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines FPG) 2023		
Se il nucleo familiare è composto da:	Sussidio del 100% per nucleo familiare con reddito lordo mensile che non supera il 200% delle FPG	Sussidio del 50% per nucleo familiare con reddito lordo mensile compreso tra il 200% e il 400% delle FPG
1	Fino a \$2,430	Da \$2,431 a \$4,860
2	Fino a \$3,287	Da \$3,288 a \$6,573
3	Fino a \$4,143	Da \$4,144 a \$8,287
4	Fino a \$5,000	Da \$5,001 a \$10,000
5	Fino a \$5,857	Da \$5,858 a \$11,713
6	Fino a \$6,713	Da \$6,714 a \$13,427

Visiti [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.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 sui servizi sanitari che copre, visiti www.kp.org/mfa/ncal oppure chiami il numero **1-800-390-3507** (TTY 711).

Per maggiori informazioni sulla copertura dei servizi sanitari, chiami il numero **1-800-479-5764** (TTY 711).

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/ncal.• 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 1-800-687-9901.
 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 30006 Walnut Creek, CA 94598
 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 Operazioni finanziarie pazienti (Patient Financial Operations) presso qualsiasi sede Kaiser Permanente.

Importante: se presenta la domanda online, via posta ordinaria o via fax oppure la consegna 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 domanda che ha compilato, Le comunicheremo uno dei seguenti esiti entro trenta (30) giorni dalla ricezione:

- Se la domanda è stata approvata, riceverà una lettera in cui Le sarà notificato che il contributo finanziario Le è stato accordato.
- Se la domanda non è completa, riceverà una lettera in cui saranno indicate le informazioni che mancano e che potranno esserci inviate per posta ordinaria o consegnate a mano di persona; tali informazioni potrebbero includere una dichiarazione dei redditi o copie delle Sue spese vive.
- Se la domanda è stata respinta, riceverà una lettera con 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 per completare la domanda o controllarne l'avanzamento, 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 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 nucleo familiare che richiedono il Piano.

Nome	Data di nascita	Grado di parentela	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, oppure ci chiami al recapito **1-800-479-5764 (TTY 711)** per avere una stima.

 Sì, contattatemi

Con la presente dichiaro, che tutte le informazioni riportate nella presente domanda sono vere, accurate e complete sotto ogni aspetto. Riconosco e confermo la mia responsabilità nei confronti di Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals in merito agli 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.