

# 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.

### 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 400% di quello indicato nelle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG).

**\*Nota:** se il reddito lordo del nucleo familiare supera il 400% 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 essere soddisfatto 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.

<b>400% delle linee guida federali sulla povertà 2022</b>		
Se il nucleo familiare è composto da:	Il reddito del nucleo familiare non deve superare:	
	<b>Mensile</b>	<b>Annuale</b>
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

Visiti [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) per le linee guida per nuclei familiari più numerosi.

**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.

#### Ha domande?

Per maggiori informazioni su come qualificarsi per il Piano MFA o sui servizi sanitari che copre, visiti [www.kp.org/mfa/ncal](http://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.

 <b>Online</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compili la domanda MFA online all'indirizzo <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a>.</li><li>• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla domanda di MFA, nella pagina seguente.</li></ul>
 <b>Per posta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.</li><li>• Spedisca la domanda compilata a: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li></ul>
 <b>Via fax</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.</li><li>• Invi la richiesta compilata al numero di fax <b>1-800-687-9901</b>.</li></ul>
 <b>A mano</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compili la domanda per l'MFA nella pagina seguente.</li><li>• Consegni a mano la domanda compilata presso il Reparto Operazioni finanziarie pazienti (Patient Financial Operations) presso qualsiasi sede Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Telefonicamente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ci chiami al recapito <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 17:00 ora standard del Pacifico (Pacific Standard Time, PST).</li><li>• Tenga pronte tutte le informazioni elencate sulla domanda di MFA, nella pagina seguente.</li></ul>

**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 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 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/<br>Redditi da locazione | <input type="checkbox"/> Pensione in rendita o capitale/<br>Rendite vitalizie                                    |
| <input type="checkbox"/> Indennità di disoccupazione/<br>Sussidio di invalidità   | <input type="checkbox"/> Sussidi previdenziali / Reddito previdenziale<br>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 suo 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 essere contattato/a da Kaiser Permanente.

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.