

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 1 von 21

1.0 Richtlinienerklärung

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) und Kaiser Foundation Hospitals (KFH) fühlen sich verpflichtet, Programme bereitzustellen, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen für besonders anfällige Bevölkerungsgruppen verbessern sollen. Diese Verpflichtung umfasst die Bereitstellung finanzieller Unterstützung an qualifizierte unversicherte sowie unterversicherte Patienten mit niedrigem Einkommen, wenn die Fähigkeit, für Leistungen zu bezahlen, ein Hindernis beim Zugriff auf medizinische Notfallleistungen sowie notwendige medizinische Leistungen darstellt.

2.0 Zweck

Diese Richtlinie beschreibt die Anforderungen für die Qualifikation für sowie den Empfang von Notfallleistungen sowie notwendigen medizinischen Leistungen im Rahmen des Medizinische Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA). Die Anforderungen entsprechen Abschnitt 501(r) des United States Internal Revenue Code und allen geltenden US-bundesstaatlichen Vorschriften bezüglich qualifizierter Leistungen, des Erhalts von Zugang, der Programmqualifikationskriterien, der Struktur der MFA-Bewilligungen, der Basis für die Berechnung der Bewilligungsbeträge sowie der zulässigen Handlungen im Falle einer Nichtbegleichung medizinischer Rechnungen.

3.0 Umfang

Diese Richtlinie gilt für Mitarbeiter, die von den folgenden Einheiten sowie deren Tochtergesellschaften beschäftigt werden (insgesamt als „KFHP/H“ bezeichnet):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals, und
- 3.3** Tochtergesellschaften von KFHP/H
- 3.4** Diese Richtlinie gilt für die Kaiser Foundation Hospitals, die im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt I, Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführt und hierin durch Verweis aufgenommen werden.

4.0 Definitionen

Siehe Anhang A – Glossar.

5.0 Klauseln

KFHP/H pflegt ein einkommensabhängiges MFA-Programm zur Behebung finanzieller Hindernisse für den Erhalt von Notfallleistungen und notwendige medizinische Leistungen für qualifizierte Patienten unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, Ethnie, Religion, sozialem oder Einwanderungsstatus, sexueller Orientierung, nationaler Herkunft und der Frage, ob der Patient krankenversichert ist oder nicht.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 2 von 21

5.1 Im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen. Wenn nicht anderweitig im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II, Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen*, angegeben.

5.1.1 Qualifizierte Leistungen. MFA kann für Notfalleleistungen und notwendige medizinische Leistungen, Apothekenleistungen und -produkte sowie Medizinbedarf erbracht werden, die von KP-Einrichtungen (wie Krankenhäuser, medizinischen Zentren und Klinikgebäuden und -büros), in KFHP/H-Apotheken für ambulante Patienten oder von Kaiser Permanente (KP)-Anbietern angeboten werden. MFA kann wie nachfolgend beschrieben für Dienstleistungen und Produkte angewendet werden:

5.1.1.1 Notwendige medizinische Leistungen. Pflege, Behandlung oder Leistungen, die von einem KP-Anbieter angeordnet oder bereitgestellt werden und für die Vorbeugung, Evaluierung, Diagnose oder Behandlung eines medizinischen Zustands notwendig sind und nicht in erster Linie für den Komfort des Patienten oder medizinischen Dienstleisters.

5.1.1.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte. In ambulanten KFHP/H-Apotheken vorgelegte und von KP-Anbietern, Nicht-KP-Notaufnahmeanbietern, Nicht-KP-Notfallambulanz-Anbietern und KP-Vertragsanbietern verordnete Verschreibungen.

5.1.1.2.1 Generika. Bevorzugte Nutzung von Generika, wenn möglich.

5.1.1.2.2 Markenmedikamente. Markenmedikamente, wenn ein KP-Anbieter das Markenmedikament verschreibt und mit „Wie verordnet ausgeben“ (Dispense as Written , DAW) kennzeichnet oder kein entsprechendes generisches Medikament verfügbar ist.

5.1.1.2.3 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Mittel. Mit einem Rezept oder einer von einem KP-Anbieter schriftlich ausgestellten Bestellung und von einer KP-Apotheke für ambulante Patienten ausgegeben.

5.1.1.2.4 Medicare-Empfänger. Gilt für Medicare-Empfänger für verschreibungspflichtige Medikamente, die durch Medicare Part D in Form eines Apotheken-Waiver abgedeckt sind.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 3 von 21

5.1.1.3 Dauerhafte medizinische Produkte (Durable Medical Equipment, DME). Von einem KP-Anbieter über die KFHP/H DME-Abteilung in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien verordnete und von einem Vertragsanbieter einem Patienten, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt, bereitgestellt.

5.1.1.4 Gesundheitserziehungsschulung. Gebühren in Zusammenhang mit verfügbaren Kursen, die von KP geplant und durchgeführt werden, und von einem KP-Anbieter im Rahmen des medizinischen Programms des Patienten für ihn empfohlen werden.

5.1.1.5 Verfügbare zusätzliche qualifizierte Leistungen. Weitere im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte Leistungen werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II, Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen, angegeben.*

5.1.2 Nicht qualifizierte Leistungen. MFA darf nicht auf Folgendes angewendet werden:

5.1.2.1 Leistungen, die von einem KP-Anbieter nicht als Notfall oder medizinisch notwendig eingestuft werden. Unter anderem:

5.1.2.1.1 Schönheits-OP oder -Leistungen, wie z. B. dermatologische Leistungen, die in erster Linie dazu vorgesehen sind, das Aussehen eines Patienten zu verbessern,

5.1.2.1.2 Sterilitätsbehandlungen,

5.1.2.1.3 Medizinisches Material aus dem Fachhandel,

5.1.2.1.4 alternative Therapien, darunter Akupunktur, Chiropraktik und Massageleistungen,

5.1.2.1.5 Injektionen und Geräte zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion,

5.1.2.1.6 Leihmutterchaften und

5.1.2.1.7 Leistungen aus der Haftung Dritter, persönliche Versicherungsdeckung oder berufsgenossenschaftliche Fälle.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 4 von 21

5.1.2.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte.

Verschreibungen und Produkte, die nicht als Notfall- oder medizinisch notwendige Leistungen erachtet werden, umfassen u. a. (1) Medikamente, die nicht vom Pharmacy and Therapeutics Committee zugelassen sind, (2) nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder nicht verschreibungspflichtiger Medizinbedarf und (3) speziell ausgeschlossene Medikamente (z. B. Fertilität, Kosmetik, sexuelle Dysfunktion).

5.1.2.3 Verschreibungen für Medicare Part D-Teilnehmer, die für das Subventionsprogramm für niedrige Einkommen (Low Income Subsidy-Programm , LIS) qualifiziert sind oder daran teilnehmen.

Der verbleibende Kostenanteil für verschreibungspflichtige Medikamente für Medicare Advantage Part D-Teilnehmer, die entweder für das LIS-Programm qualifiziert sind oder daran teilnehmen, in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

5.1.2.4 Außerhalb von KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen.

Die MFA-Richtlinie gilt nur für in KP-Einrichtungen und von KP-Anbietern erbrachte Leistungen. Selbst nach Überweisung durch einen KP-Anbieter sind alle anderen Leistungen nicht für MFA qualifiziert. In Nicht-KP-Praxen, Notfalleinrichtungen und Notaufnahmen erbrachte Leistungen sowie solche in den Bereichen häusliche Krankenpflege, Hospiz, rekuperative Pflege und Obhut sind ausgeschlossen.

5.1.2.5 Krankenversicherungsprämien.

Das MFA-Programm hilft Patienten nicht bei der Zahlung der mit Krankenversicherungsbeträgen verbundenen Ausgaben (z. B. Gebühren oder Zuschläge).

5.1.2.6 Weitere nicht qualifizierte Leistungen.

Weitere im Rahmen der MFA-Richtlinie nicht qualifizierte Leistungen werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt II, Zusätzliche im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen, angegeben.*

5.2 Anbieter. MFA wird nur für qualifizierte Leistungen angewendet, die von medizinischen Dienstleistern erbracht wurden, für die die MFA-Richtlinie zutrifft, wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt III, Anbieter, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen* angegeben.

5.3 Programminformationsquellen und Antrag auf MFA. Weitere Informationen über das MFA-Programm und die MFA-Beantragung werden im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt IV, Programminformationen und Beantragung von MFA* zusammengefasst.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 5 von 21

- 5.3.1 Programminformationsquellen.** Exemplare der MFA-Richtlinie, Antragsformulare, Anweisungen und einfache Zusammenfassungen (d. h. Richtlinienzusammenfassungen oder Programmbroschüren) stehen der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website, per E-Mail, zur persönlichen Abholung oder per US-Post zur Verfügung.
- 5.3.2 MFA-Beantragung.** Ein Patient kann die Teilnahme am MFA-Programm während oder nach Erhalt der von KFHP/H erhaltenen Leistungen beantragen. Dazu hat er verschiedene Optionen, einschließlich persönlich, telefonisch oder per Schriftverkehr.
- 5.3.2.1 Screening von Patienten für die Qualifikation am öffentlichen und privaten Programm.** KFHP/H bietet Patienten, die sich für das MFA-Programm bewerben, finanzielle Beratung, um mögliche öffentliche bzw. private Krankenversicherungsprogramme zu identifizieren, die für den Zugriff auf Gesundheitsleistungen nützlich sein können. Ein Patient, der für öffentliche oder private Krankenversicherungsprogramme qualifiziert ist, muss die Teilnahme an diesen Programmen beantragen.
- 5.4 Für die MFA-Beantragung erforderliche Informationen.** Vollständige persönliche, finanzielle und sonstige Informationen sind erforderlich, um den Finanzstatus eines Patienten zu prüfen und die Qualifikation für das MFA-Programm sowie für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme zu bestimmen. MFA kann bei unvollständigen Informationen abgelehnt werden. Die Informationen können schriftlich, persönlich oder am Telefon bereitgestellt werden.
- 5.4.1 Prüfen des Finanzstatus.** Bei jeder Beantragung von Unterstützung wird der Finanzstatus des Patienten geprüft. Kann der Finanzstatus eines Patienten mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden, muss der Patient evtl. keine Finanzdokumente vorlegen.
- 5.4.2 Bereitstellung von Finanz- und sonstigen Informationen.** Kann der Finanzstatus eines Patienten nicht mithilfe externer Datenquellen betätigt werden, kann er die im MFA-Programmantrag beschriebenen Informationen einreichen, um seinen Finanzstatus zu bestätigen.
- 5.4.2.1 Vollständige Informationen.** Die Qualifikation für das MFA-Programm wird bestimmt, wenn alle angeforderten persönlichen, finanziellen und sonstigen Informationen eingegangen sind.
- 5.4.2.2 Unvollständige Informationen.** Ein Patient wird persönlich, auf dem Postweg oder telefonisch benachrichtigt, wenn die eingegangenen erforderlichen Informationen unvollständig sind. Der Patient kann die fehlenden Informationen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Sendens der Mitteilung, des Stattfindens des persönlichen oder Telefongesprächs einreichen.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 6 von 21

5.4.2.3 Angeforderte Informationen nicht verfügbar. Ein Patient, der die angeforderten und im Programmantrag beschriebenen Informationen nicht hat, kann KFHP/H kontaktieren, um andere verfügbare Belege zum Nachweis der Qualifikation zu besprechen.

5.4.2.4 Keine Finanzinformationen verfügbar. Ein Patient muss grundlegende Finanzinformationen bereitstellen (z. B. ggf. Einkommen und dessen Quelle) und die Gültigkeit der Informationen bestätigen, wenn (1) sein Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen nicht verfügbar sind und (3) kein anderer Beleg vorhanden ist, um die Qualifikation nachzuweisen. Grundlegende Finanzinformationen und deren Bestätigung sind vom Patienten erforderlich, wenn dieser:

5.4.2.4.1 Obdachlos ist oder

5.4.2.4.2 Kein Einkommen hat, keine offizielle Lohnabrechnung von seinem Arbeitgeber erhält (ausschließlich Selbständige), Geldgeschenke erhält, keine US-Bundes- oder Bundesstaats-Einkommenssteuererklärung im vorherigen Steuerjahr abschließen musste, oder

5.4.2.4.3 Von einem gut bekannten nationalen oder regionalen Ereignis betroffen ist (siehe Abschnitt 5.11 unten).

5.4.3 Im Voraus qualifizierte Patienten. Ein Patient wird als für das Programm qualifiziert betrachtet und muss keine persönlichen, finanziellen oder sonstigen Informationen bereitstellen, um seinen Finanzstatus zu bestätigen, wenn er:

5.4.3.1 An einem Community-MFA-Programm (CMFA) teilnimmt, auf das Patienten verwiesen wurde und durch (1) US-Bundes-, Bundesstaats- oder Lokalbehörden, (2) eine Partnerorganisation auf Community-Basis oder (3) bei einer von KFHP/H gesponserten Community-Gesundheitsveranstaltung vorqualifiziert wurde oder

5.4.3.2 An einem KP-Community-Wohlfahrtsprogramm teilnimmt, das den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Patienten mit niedrigem Einkommen unterstützen soll und von designiertem KFHP/H-Personal vorqualifiziert ist oder

5.4.3.3 An einem glaubwürdigen, einkommensabhängigen Gesundheitsprogramm (z. B. Medicare Low Income Subsidy Program) teilnimmt oder

5.4.3.4 Ihm in den vergangenen 30 Tagen bereits MFA bewilligt wurde.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 7 von 21

- 5.4.4 Patientenkooperation.** Ein Patient muss angemessene Bemühungen unternehmen, alle angeforderten Informationen bereitzustellen. Wenn nicht alle angeforderten Informationen bereitgestellt werden, werden die besonderen Umstände bei der Bestimmung der Qualifikation in Erwägung gezogen.
- 5.5 Bestimmung der vermutlichen Qualifikation.** Ein Patient, der keinen Antrag gestellt hat, kann als für das MFA-Programm qualifiziert bestimmt werden, wenn sein Finanzstatus mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann. Wird seine Qualifikation bestimmt, kann er automatisch einer MFA-Bewilligung zugewiesen werden und ein Benachrichtigungsschreiben mit der Option, die medizinische finanzielle Unterstützung abzulehnen, erhalten. Ein Patient kann ohne Antrag identifiziert werden, wenn er:
- 5.5.1** Unversichert ist und (1) einen Termin für qualifizierte Leistungen in einer KP-Einrichtung hat, (2) nicht angegeben hat, dass er krankenversichert ist und (3) angenommen wird, dass er nicht Medicaid-berechtigt ist.
- 5.5.2** In einer KP-Einrichtung Leistungen erhalten hat und Hinweise auf finanzielle Probleme bestehen (z. B. aktuelle überfällige Rechnungen, die vor der Überweisung wegen Schulden bestimmt worden sind).
- 5.6 Qualifikationskriterien für das Programm.** Wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt V, Qualifikationskriterien zusammengefasst*, kann ein Patient, der MFA beantragt, für finanzielle Unterstützung nach Kriterien des Einkommens oder auch hoher medizinischer Ausgaben qualifiziert werden.
- 5.6.1 Einkommenskriterien.** Ein Patient wird beurteilt, um zu bestimmen, ob er Einkommensqualifikationskriterien erfüllt.
- 5.6.1.1 Qualifikation basierend auf der Höhe des Einkommens.** Ein Patient mit einem Haushaltseinkommen kleiner/gleich den Einkommenskriterien von KFHP/H als Prozentanteil der US-Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) ist für finanzielle Unterstützung qualifiziert.
- 5.6.1.2 Haushaltseinkommen.** Einkommensanforderungen gelten für alle Familienmitglieder im Haushalt. Eine Familie ist eine Gruppe von zwei oder mehr Personen die durch Geburt, Ehe oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben. Familienmitglieder können Ehepartner, qualifizierte Lebenspartner, Kinder, pflegende Verwandte und die Kinder von pflegenden Verwandten umfassen, die im Haushalt leben.
- 5.6.2 Kriterien für hohe medizinische Ausgaben.** Ein Patient wird beurteilt, um zu bestimmen, ob er Qualifikationskriterien in Bezug auf hohe medizinische Ausgaben erfüllt.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 8 von 21

5.6.2.1 Qualifikation basierend auf hohen medizinischen Ausgaben. Ein Patient jedes Haushaltseinkommensniveaus mit selbst zu bezahlenden medizinischen und Apothekenausgaben für qualifizierte Leistungen über einen 12-Monats-Zeitraum, die größer/gleich 10 % des jährlichen Haushaltseinkommens liegen, ist für finanzielle Unterstützung qualifiziert.

5.6.2.1.1 Selbst zu bezahlende KFHP/H-Ausgaben. Medizinische und Apothekenausgaben, die in KP-Einrichtungen angefallen sind, einschließlich Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherung und Selbstbehalte in Verbindung mit qualifizierten Leistungen.

5.6.2.1.2 Nicht-KFHP/H-Ausgaben. Medizinische, Apotheken- und zahnmedizinische Ausgaben, die in Nicht-KP-Einrichtungen angefallen sind und mit qualifizierten Leistungen zusammenhängen und für den Patienten anfallen (ausschließlich Rabatte oder Abschreibungen) sind eingeschlossen. Der Patient muss die medizinischen Ausgaben für die von Nicht-KP-Einrichtungen erbrachten Leistungen dokumentieren.

5.6.2.1.3 Krankenversicherungsprämien. Selbst zu bezahlende Ausgaben umfassen nicht die mit Krankenversicherung verbundenen Kosten (z. B. Prämien).

5.7 Ablehnungen und Revisionen

5.7.1 Ablehnungen. Ein Patient, der sich für das MFA-Programm bewirbt und die Qualifikationskriterien nicht erfüllt, wird entweder schriftlich oder mündlich darüber informiert, dass sein MFA-Antrag abgelehnt wurde.

5.7.2 Bei einer MFA-Ablehnung Revision einlegen. Ein Patient, der der Annahme ist, dass sein Antrag oder seine Informationen nicht ordnungsgemäß in Betracht gezogen wurden, kann gegen die Entscheidung Revision einlegen. Anweisungen zum Revisionsprozess sind dem MFA-Ablehnungsschreiben zu entnehmen. Revisionen werden von dafür vorgesehenen KFHP/H-Mitarbeitern geprüft.

5.8 Bewilligungsstruktur. MFA-Bewilligungen werden nur auf überfällige oder ausstehende Beträge angerechnet. Der Qualifikationszeitraum für eine MFA-Bewilligung ist befristet und kann variieren.

5.8.1 Grundlage der Bewilligung. Die durch eine MFA-Bewilligung übernommenen Ausgaben werden anhand der Fragen bestimmt, ob der Patient krankenversichert ist oder nicht und wie hoch sein Haushaltseinkommen ist.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 9 von 21

- 5.8.1.1 Für MFA qualifizierter Patient ohne Krankenversicherung (unversichert).** Ein qualifizierter, unversicherter Patient erhält einen Rabatt auf alle qualifizierten Leistungen.
- 5.8.1.2 Für MFA qualifizierter Patient mit Krankenversicherung (versichert).** Ein qualifizierter versicherter Patient erhält einen Rabatt auf den Teil einer Rechnung für alle qualifizierten Leistungen, (1) für den er persönlich verantwortlich ist und (2) der nicht von seinem Versicherungsträger bezahlt wird. Der Patient muss Informationen wie z. B. eine Erklärung der Leistungen (Explanation of Benefits, EOB) bereitstellen, um den Teil der Rechnung zu bestimmen, der nicht von der Versicherung übernommen wird.
- 5.8.1.2.1 Vom Versicherungsträger erhaltene Zahlungen.** Ein qualifizierter versicherter Patient muss alle Zahlungen für von KFHP/H entrichtete Leistungen, die der Patient von seinem Versicherungsträger bezahlt bekommen hat, an KFHP/H überschreiben.
- 5.8.1.3 Rabattstaffel.** Genauere Informationen zu den mit dieser Richtlinie verbundenen Rabattbestimmungen finden Sie im angefügten ANHANG, *Abschnitt VI, Rabattsraffel* zusammengefasst.
- 5.8.1.4 Rückerstattungen aus Begleichungen.** KFHP/H verfolgt eine Rückerstattung von allen Haftungsbegleichungen Dritter, Zahlstellen persönlicher Versicherungsdeckung oder anderen rechtlich verantwortlichen Parteien wie angemessen.
- 5.8.2 Leistungsqualifikationszeitraum.** MFA-Bewilligungen beginnen am Datum der Genehmigung oder an dem Datum, an dem Leistungen bereitgestellt bzw. Medikamente ausgegeben wurden. Wie im beiliegenden ANHANG, *Abschnitt VII, Dauer der Bewilligung* angegeben, wird die Dauer einer MFA-Bewilligung für einen qualifizierten Patienten auf verschiedene Weise bestimmt, u. a.:
- 5.8.2.1 Spezifischer Zeitraum.**
- 5.8.2.2 Verhandlungsverlauf oder Pflegeepisode.** Für einen bestimmten Behandlungsverlauf oder eine Pflegeepisode wie durch einen KP-Anbieter bestimmt.
- 5.8.2.3 Patienten, die potentiell für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme qualifiziert sind.** Eine temporäre MFA-Bewilligung kann erteilt werden, um einen Patienten zu unterstützen, während er öffentliche oder private Krankenversicherungsprogramme beantragt.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 10 von 21

- 5.8.2.4 Einmalige Apothekenbewilligung.** Vor der Bewerbung für das MFA-Programm ist ein Patient für eine einmalige Apothekenbewilligung qualifiziert, wenn er (1) keine MFA-Bewilligung hat, (2) ein von einem KP-Anbieter verschriebenes Rezept in einer KFHP/H-Apotheke abholen möchte und (3) die Unfähigkeit zum Ausdruck bringt, für das Rezept zu bezahlen. Die einmalige Bewilligung umfasst einen angemessenen Vorrat an dem Medikament, wie von einem KP-Anbieter als medizinisch angemessen bestimmt.
- 5.8.2.5 Antrag auf Bewilligungsverlängerung.** Ein Patient kann eine Verlängerung einer MFA-Bewilligung beantragen, solange er weiterhin die MFA-Qualifikationsanforderungen erfüllt. Verlängerungsanträge werden auf Einzelfallbasis beurteilt.
- 5.8.3 Bewilligung widerrufen, zurückgezogen oder ergänzt.** KFHP/H kann eine MFA-Bewilligung in bestimmten Fällen nach eigenem Ermessen widerrufen, zurückziehen oder ergänzen. Zu solchen Fällen zählen:
- 5.8.3.1 Betrug, Diebstahl oder Änderungen der finanziellen Lage.** Bei Betrug, falscher Darstellung, Diebstahl, Änderungen der finanziellen Lage eines Patienten oder anderen Umständen, die die Integrität des MFA-Programms unterminieren.
- 5.8.3.2 Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme.** Ein Patient, der auf die Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme überprüft wird und als qualifiziert betrachtet wird, aber nicht dem Antragsprozess solcher Programme folgt.
- 5.8.3.3 Andere Zahlungsquellen identifiziert.** Werden Krankenversicherungs- oder andere Zahlungsquellen identifiziert, nachdem ein Patient eine MFA-Bewilligung erhalten wird, so werden die Kosten für qualifizierte Leistungen rückwirkend in Rechnung gestellt. In diesem Fall wird dem Patienten nicht der Teil einer Rechnung berechnet, für den er (1) persönlich verantwortlich ist und der (2) nicht von ihm oder seiner Krankenversicherung oder einer anderen Zahlungsquelle bezahlt wird.
- 5.8.3.4 Änderung des Krankenversicherungsschutzes.** Ein Patient, bei dem eine Änderung des Krankenversicherungsschutzes eintritt, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 11 von 21

5.9 Kosteneinschränkung. Es ist verboten, MFA-qualifizierten Patienten den vollen Betrag (d. h. Bruttokosten) für qualifizierte Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen, die in einem Kaiser Foundation Hospital erbracht wurden. Einem Patienten, der qualifizierte Krankenhausleistungen in einem Kaiser Foundation Hospital erhalten hat und für das MFA-Programm qualifiziert ist, aber keine MFA-Bewilligung erhalten hat oder dessen MFA-Bewilligung abgelehnt wurde, wird nicht mehr in Rechnung gestellt, als die allgemein für diese Leistungen berechneten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB).

5.9.1 Allgemein berechnete Beträge (AGB). Die allgemein berechneten Beträge (AGB) für Notall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen für Einzelpersonen mit Versicherungsschutz werden für KP-Einrichtungen wie im beiliegenden ANHANG, Abschnitt *VIII, Basis für Berechnung der allgemein berechneten Beträge (AGB)*, beschrieben bestimmt.

5.10 Inkassomaßnahmen.

5.10.1 Angemessene Benachrichtigungsbemühungen. KFHP/H oder ein Inkassobüro, das im Namen von KFHP/HP fungiert, unternehmen angemessene Bemühungen, Patienten mit überfälligen oder ausstehenden Beträgen über das MFA-Programm zu informieren. Angemessene Benachrichtigungsbemühungen umfassen:

5.10.1.1 Eine schriftliche Mitteilung innerhalb von 120 Tagen nach der ersten Rechnungsstellung nach der Entlassung, in der der Kontoinhaber informiert wird, dass MFA qualifizierten Personen verfügbar ist.

5.10.1.2 Schriftliche Mitteilung mit der Liste außerordentlicher Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECA), die KFHP/H oder ein Inkassobüro für die Zahlung des ausstehenden Betrags einzuleiten gedenkt, sowie die Terminfrist für solche Aktionen, die nicht früher als 30 Tage ab der schriftlichen Mitteilung liegen darf.

5.10.1.3 Bereitstellung einer in allgemeiner Sprache gehaltenen Zusammenfassung der MFA-Richtlinie mit der ersten Krankenhauspatienten-Rechnungsstellung.

5.10.1.4 Versuch, den Kontoinhaber mündlich über die MFA-Richtlinie und den Erhalt von Unterstützung im Rahmen des MFA-Antragsprozesses zu informieren.

5.10.2 Suspendierung außerordentlicher Inkassomaßnahmen (ECA). KFHP/H ergreift keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (ECA) gegen einen Patienten bzw. gestattet Inkassobüros, solche zu ergreifen, wenn der Patient:

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 12 von 21

5.10.2.1 eine aktive MFA-Bewilligung aufweist oder

5.10.2.2 einen MFA-Antrag nach Beginn der ECAs eingeleitet hat. ECAs werden bis zur endgültigen Bestimmung der Qualifikation suspendiert.

5.10.3 Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen.

5.10.3.1 Endgültige Bestimmung angemessener Bemühungen.

Vor der Einleitung von ECAs muss der regionale Revenue Cycle Patient Financial Services Leader (Verantwortlicher für Umsatzzyklus-Patientenfinanzleistungen) Folgendes sicherstellen:

5.10.3.1.1 Abschluss angemessener Bemühungen zur Benachrichtigung des Patienten über das MFA-Programm und

5.10.3.1.2 Patient wurde mindestens 240 Tage nach der ersten Rechnungsstellung über die MFA-Beartragung informiert.

5.10.3.2 Meldung an Verbraucherkreditbüros oder Auskunfteien.

KFHP/H oder ein Inkassobüro, das in seinem Namen fungiert, können negative Informationen an Verbraucherkreditbüros oder Auskunfteien weitergeben.

5.10.3.3 Rechtliche Folgen. Bevor rechtliche oder zivilrechtliche Schritte unternommen werden, validiert KFHP/H den Finanzstatus des Patienten mithilfe externer Datenquellen, um zu bestimmen, ob er für das MFA-Programm qualifiziert ist.

5.10.3.3.1 Für MFA qualifiziert. Es werden keine weiteren Maßnahmen gegen Patienten eingeleitet, die für das MFA-Programm qualifiziert sind. Inkassokonten, die für MFA qualifiziert sind, werden storniert und rückwirkend zurückgegeben.

5.10.3.3.2 Nicht für MFA qualifiziert. In sehr begrenzten Fällen können die folgenden Maßnahmen nach vorheriger Zustimmung durch den regionalen Chief Financial Officer oder Controller ergriffen werden:

5.10.3.3.2.1 Pfändung von Lohngehältern

5.10.3.3.2.2 Gerichtsverfahren/Zivilklagen. Juristische Maßnahmen werden nicht gegen Personen ergriffen, die arbeitslos sind oder keine anderen signifikanten Einkommensquellen haben.

5.10.3.3.2.3 Pfandverschreibungen auf Immobilien.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 13 von 21

5.10.4 Verbotene außerordentliche Inkassomaßnahmen. KFHP/H ergreift unter keinen Umständen folgende Maßnahmen und lässt auch keinen Inkassobüros zu, solche zu ergreifen:

5.10.4.1 Verzug, Verweigerung oder Anforderung der Zahlung aufgrund der Nichtzahlung eines Kontoinhabers für eine vorherige Rechnung, bevor Notfall- oder medizinisch notwendige Leistungen bereitgestellt werden.

5.10.4.2 Verkauf der Verpflichtungen eines Kontoinhabers an einen Dritten.

5.10.4.3 Zwangsvollstreckung oder Beschlagnahmung von Konten.

5.10.4.4 Anforderung von Haftbefehlen.

5.10.4.5 Anforderung von Ergreifungsbefehlen.

5.11 Katastrophenhilfe. KFHP/H kann die Kriterien für eine Qualifikation zum MFA-Programm und die Antragsverfahren vorübergehend aussetzen, um die Hilfe zu verbessern, die den Communitys und Patienten verfügbar gemacht wird, die von einem bekannten, von der Regierung des Bundesstaats oder der Bundesregierung als Katastrophe qualifizierten Ereignis betroffen sind.

5.11.1 Potenzielle Änderungen an der Qualifikation. Vorübergehende Änderungen an den Qualifikationskriterien für MFA können Folgendes umfassen:

5.11.1.1 Aussetzen von Qualifikationsbeschränkungen

5.11.1.2 Erhöhen der Schwelle der Qualifikationskriterien

5.11.1.3 Senken der Schwelle für Kriterien für hohe medizinische Ausgaben

5.11.2 Potenzielle Änderung am Antragsprozess. Vorübergehende Änderungen am MFA-Antragsprozess können Folgendes umfassen:

5.11.2.1 Patienten gestatten, grundsätzliche finanzielle Angaben zu machen (z. B. etwaiges Einkommen und Einkommensquelle) und den Wahrheitsgehalt zu beglaubigen, wenn (1) der Finanzstatus durch externe Datenquellen nicht bestätigt werden kann, (2) erbetene finanzielle Informationen aufgrund des Ereignisses nicht verfügbar sind und (3) keine anderen Beweismittel existieren, die eine Qualifikation demonstrieren können.

5.11.2.2 Berücksichtigung der Auswirkungen zukünftiger Einkommens- / Arbeitsplatzverluste aufgrund des Ereignisses bei der Feststellung des Haushaltseinkommens.

5.11.2.3 Öffentlich verfügbare Informationen. Informationen, die vorübergehende Änderungen am MFA-Programm beschreiben, werden auf der Webseite des MFA-Programms und in Einrichtungen von KP in den betroffenen Regionen bekanntgemacht.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 14 von 21

6.0 Referenzen/Anhänge

6.1 Anhang A – Glossar

6.2 Gesetze, Vorschriften und Ressourcen

6.2.1 Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.2.2 Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines

6.2.3 Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H (Form 990)

6.2.4 Internal Revenue Service Notice 2010-39

6.2.5 Internal Revenue Service Code, 26 CFR Parts 1, 53 und 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Additional Requirements for Charitable Hospitals

6.2.6 California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition

6.2.7 Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition

6.3 Anbieterlisten

6.3.1 Anbieterlisten stehen auf den KFHP/H-Websites zur Verfügung für:

6.3.1.1 Kaiser Permanente of Hawaii

6.3.1.2 Kaiser Permanente of Northwest

6.3.1.3 Kaiser Permanente of Northern California

6.3.1.4 Kaiser Permanente of Southern California

6.3.1.5 Kaiser Permanente of Washington

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 15 von 21

Anhang A

Glossar

Community-MFA (CMFA) bezieht sich auf geplante karitative medizinische Programme, die mit Community-basierten Organisationen und solchen innerhalb des sozialen Netzes zusammenarbeiten, um un- bzw. unterversicherten Patienten mit niedrigem Einkommen in KP-Einrichtungen notwendige medizinische Leistungen bereitzustellen.

Dauerhafte medizinische Produkte (DME) umfassen

u. a. Standardstöcke, Krücken, Inhalationsapparate, bereitgestelltes Zubehör oder Material, Türphysiotherapieeinheiten für die Nutzung zuhause, Rollstühle, Gehhilfen (Rollatoren), Krankenhausbetten und Sauerstoff für die Nutzung zuhause, wie im Rahmen der DME-Kriterien angegeben. DME enthalten keine Orthesen, Prothesen (z. B. dynamische Splints/Orthesen und künstliche Larynx mit Zubehör) und keine nicht-verschreibungspflichtigen Materialien und medizinischen Textilprodukte (z. B. urologisches Zubehör und Wundzubehör).

Qualifizierter Patient ist eine Einzelperson, die die Qualifikationskriterien erfüllt, die in dieser Richtlinie beschrieben werden, egal, ob er (1) unversichert ist, (2) im Rahmen eines öffentlichen Programms krankenversichert ist (z. B. Medicare, Medicaid oder subventionierte Krankenversicherung, die über einen Health Information Exchange erworben wird), (3) bei einer anderen Krankenkasse als KFHP oder (4) bei KFHP versichert ist.

Externe Datenquellen sind Drittanbieter, Kreditauskunfteien usw., die Informationen über den Finanzstatus bereitstellen und von KP genutzt werden, um den Finanzstatus eines Patienten zu validieren oder zu bestätigen, wenn dessen Qualifikation für das MFA-Programm beurteilt wird.

Offizielle Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung (FPG) legen die Armutsgrenzen anhand des jährlichen Einkommens fest und werden vom United States Department of Health and Human Services bestimmt und jährlich im Federal Register aktualisiert.

Finanzielle Beratung ist der Prozess zur Unterstützung von Patienten beim Erkunden der verschiedenen finanziellen und Gesundheitsabdeckungsoptionen, die zur Verfügung stehen, um für in KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen zu bezahlen. Patienten, die finanzielle Beratung in Anspruch nehmen können, umfassen u. a. Selbstzahler, Unversicherte und Unterversicherte sowie solche, die die Unfähigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die volle vom Patienten zu entrichtende Zahlung zu erbringen.

Obdachlos beschreibt den Status einer Person, die an einem der nachstehend beschriebenen Orte lebt oder sich in einer der nachstehend beschriebenen Situationen befindet:

- An Orten, die nicht als Wohnungen für Menschen vorgesehen sind, wie Autos, Parks, Gehwegen, verlassenem Gebäuden (auf der Straße) oder
- in einer Notunterkunft oder
- in Übergangs- oder subventionierten Wohnung für Obdachlose, die von der Straße oder aus einer Notunterkunft kommen.
- Sich an einem der oben angegebenen Orte befindet, aber eine kurze Zeit (bis zu 30 aufeinander folgende Tage) in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung verbringt.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 16 von 21

Anhang A Glossar (Forts.)

- Innerhalb einer Woche aus einer Privatwohnung gewiesen wird oder eine Situation mit häuslicher Gewalt flieht und noch keine Folgewohnung hat und wenn die Person nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Unterkunft zu beziehen.
- Innerhalb einer Woche aus einer Einrichtung wie etwa einer psychiatrischen Einheit oder Einrichtung zur Behandlung von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, in der die Person mehr als 30 aufeinander folgende Tage lang wohnte, entlassen wird, und noch keine Folgewohnung hat und wenn die Person nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Unterkunft zu beziehen.

KP umfasst Kaiser Foundation Hospitals, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups und deren jeweilige Tochtergesellschaften außer der Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

KP-Einrichtungen umfassen alle physischen Einrichtungen, darunter Inneres und Äußeres von Gebäuden, die Eigentum von KP sind bzw. von KP gemietet werden und zur Durchführung von Geschäftsfunktionen dienen, einschließlich der Versorgung von Patienten (z. B. ein Gebäude oder ein KP-Stockwerk, eine Abteilung oder andere Innen- oder Außenbereiche eines Nicht-KP-Gebäudes).

Einkommensabhängig bedeutet, dass die externen Daten oder Informationen, die vom Patienten bereitgestellt werden, dazu verwendet werden, die Qualifikation für ein öffentliches Krankenversicherungsprogramm oder MFA anhand der Frage zu bestimmen, ob das Einkommen der Einzelperson größer als ein in den Federal Poverty Guidelines angegebener Prozentanteil ist.

Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung, MFA) bietet Geldbewilligungen, um medizinische Kosten qualifizierter Patienten zu übernehmen, die einen Teil oder die gesamten Kosten medizinisch notwendiger Leistungen nicht übernehmen können und alle öffentlichen und privaten Zahlerquellen ausgeschöpft haben. Einzelpersonen müssen die Programmkriterien erfüllen, um Unterstützung zu erhalten bzw. einen Teil oder ihre gesamten Versorgungskosten übernommen zu bekommen.

Medizinbedarf bezieht sich auf nicht wiederverwendbare medizinische Materialien wie Schienen, Schlingen, Wundverbände und Pflaster, die von einem zugelassenen Gesundheitsdienstleister während einer medizinisch notwendigen Leistung bereitgestellt werden. Dies schließt Materialien aus, die von einem Patienten bei einer anderen Quelle erworben wurden.

Apotheken-Waiver bietet finanzielle Unterstützung für Mitglieder von KP Senior Advantage Medicare Part D mit geringen Einkommen, die nicht in der Lage sind, ihren Kostenanteil für verschreibungspflichtige ambulante Medikamente, die von Medicare Part D gedeckt werden, zu übernehmen.

Soziales Netz bezieht sich auf ein System von staatlichen Stellen und Wohltätigkeitsorganisationen, die direkte medizinische Leistungen für Unversicherte in einem öffentlichen Krankenhaus, einer Community-Klinik, Kirche, einem Obdachlosenasyll, einer mobilen Gesundheitseinheit, Schule usw. bereitstellen.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 17 von 21

Anhang A
Glossar (Forts.)

Unterversichert ist eine Person, die zwar eine Krankenversicherung hat, aber feststellt, dass die Verpflichtung zur Zahlung von Versicherungsprämien, Selbstbeteiligungen und Mitversicherungen solch eine signifikante finanzielle Belastung darstellt, dass sie aufgrund der Eigenkosten notwendige medizinische Leistungen aufschiebt oder nicht in Anspruch nimmt.

Unversichert ist eine Person, die keine Krankenversicherung oder keine von der US- oder von Bundesstaatsregierungen gesponserte finanzielle Unterstützung erhält, um ihr dabei zu helfen, Kosten für die Gesundheitsversorgung zu übernehmen.

Anfällige Bevölkerungsgruppen umfassen demografische Gruppen, deren Gesundheit und Wohlfahrt aufgrund von sozioökonomischem Status, Krankheit, Ethnie, Alter oder anderen Faktoren einem größeren Risiko ausgesetzt sind als die der Allgemeinbevölkerung.

Ergreifungsbefehle sind ein von einem Gericht eingeleiteter Prozess, der Behörden anweist, eine Person aufgrund einer Missachtung vor Gericht zu bringen. Ähnelt einem Haftbefehl.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 18 von 21

ANHANG: Kaiser Permanente Northern California

I. Kaiser Foundation Hospitals. Diese Richtlinie gilt für die folgenden Kaiser Foundation Hospitals in der Region Nordkalifornien:

KFH Antioch	KFH Richmond	KFH San Rafael
KFH Fremont	KFH Roseville	KFH Santa Rosa
KFH Fresno	KFH Redwood City	KFH South Sacramento
KFH San Leandro	KFH Sacramento	KFH South San Francisco
KFH Manteca	KFH Santa Clara	KFH Vacaville
KFH Modesto	KFH San Francisco	KFH Vallejo
KFH Oakland	KFH San Jose	KFH Walnut Creek

Hinweis: Kaiser Foundation Hospitals erfüllen die Auflagen der Richtlinien für faire Preisgestaltung in Krankenhäusern, Kalifornische Sicherheits- und Gesundheitsbestimmungen (California Health & Safety Code) §122740.

II. Im Rahmen der MFA-Richtlinie zusätzlich qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen.

- a. **Transport für obdachlose Patienten.** Steht obdachlosen Patienten im Notfall und auch in anderen Fällen zur Verfügung, die keinen Notfall darstellen, um die Entlassung aus einem KP-Krankenhaus oder KP-Notfallambulanzen zu ermöglichen
- b. **Auf Ausnahmebasis verfügbare zusätzliche qualifizierte Leistungen.**
In bestimmten Situationen kann MFA für Leistungen bewilligt werden, die nicht von KP-Einrichtungen erbracht werden und für dauerhafte medizinische Produkte (DME) die von KP-Anbietern einem Patienten verschrieben werden oder für ihn bestellt werden, der die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt (siehe Abschnitt 5.6.2 oben, Kriterien für hohe medizinische Ausgaben).
 - i. **Ambulante, durch zugelassene Pflegekräfte erbrachte Leistungen.**
Werden in einer KP-Vertragseinrichtung einem Patienten mit verordneter medizinischer Notwendigkeit (wie durch einen KP-Anbieter zur Unterstützung der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt) bereitgestellt.
 - ii. **Dauerhafte medizinische Produkte (DME).** Von einem KP-Anbieter über die KFHP/H DME-Abteilung in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien verordnete und von einem Vertragsanbieter einem Patienten, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt, bereitgestellt.
- c. **Weitere nicht qualifizierte Leistungen**
 - i. Hörgeräte
 - ii. Optikprodukte

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 19 von 21

iii. **Ausgaben in Verbindung mit der Medi-Cal-Kostenaufteilung (Share of Cost, SoC).**

SoC wird als integraler Bestandteil des MediCal-Programms betrachtet, das Medi-Cal-Nutznießern am oberen Ende des Einkommensgrenzwerts Gesundheitsleistungen bereitstellen soll. Für Leistungen, die unter SoC fallen, kann keine MFA bereitgestellt werden.

III. Anbieter, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen. Die Liste der Anbieter in Kaiser Foundation Hospitals, die der MFA-Richtlinien unterliegen bzw. nicht unterliegen, ist der Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website www.kp.org/mfa/ncal zugänglich.

IV. Programminformationen und MFA-Beantragung. MFA-Programminformationen einschließlich Kopien der MFA-Richtlinie, Antragsformulare, Anweisungen und Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Programmbroschüren) sind der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos in elektronischem Format oder auf Papier zugänglich. Ein Patient kann die Teilnahme am MFA-Programm während oder nach Erhalt der von KFHP/H erhaltenen Leistungen beantragen. Dazu hat er verschiedene Optionen, einschließlich persönlich, telefonisch oder per Schriftverkehr. (Siehe Abschnitte 5.3 und 5.4 oben.)

- a. **Programminformationen von der KFHP/H-Website herunterladen.** Elektronische Kopien der Programminformationen sind auf der MFA-Website unter www.kp.org/mfa/ncal erhältlich.
- b. **Programminformationen elektronisch anfordern.** Elektronische Kopien der Programminformationen sind auf Anfrage per E-Mail erhältlich.
- c. **Persönlich Programminformationen erhalten oder Antrag stellen.** Programminformationen sind in den Abteilungen Aufnahme und Notaufnahme in den in Abschnitt I, *Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführten Krankenhäusern erhältlich.
- d. **Programminformationen telefonisch erhalten oder Antrag telefonisch stellen.** Es stehen Berater telefonisch zur Verfügung, die Informationen bereitstellen, die MFA-Qualifikation ermitteln und Patienten bei der MFA-Beantragung helfen. Berater sind erreichbar unter:
Telefonnummer(n): 1-800-390-3507
- e. **Per Post Programminformationen erhalten oder Antrag stellen.** Ein Patient kann Programminformationen anfordern und MFA beantragen, indem er den vollständigen MFA-Programmantrag per Post einsendet. Informationsanfragen und Anträge können gesendet werden an:

Kaiser Permanente
 Attention: Medical Financial Assistance Unit
 P.O. Box 30006
 Walnut Creek, California 94598



Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 20 von 21

f. **Persönliche Abgabe des ausgefüllten Antrags.** Ausgefüllte Anträge können persönlich in den Abteilungen Aufnahme oder Finanzberatung für Patienten in jedem Kaiser Foundation Hospital abgegeben werden.

- V. Qualifikationskriterien.** Bei der Bestimmung der MFA-Qualifikation wird das Haushaltseinkommen eines Patienten berücksichtigt. (Siehe Abschnitt 5.6.1 oben.)
- a. Kriterien für die Einkommensabhängigkeit: Bis zu 350 % der Federal Poverty Guidelines
 - b. KFHP-Mitglieder mit Selbstbeteiligung müssen die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllen, um sich für das Programm zu qualifizieren.

VI. Rabattstaffel. Die von KP an Patienten mit Anspruch auf medizinische Finanzunterstützung ausgezahlten Beträge werden auf Grundlage der Art der Kriterien berechnet, aufgrund derer sich der Patient für das Programm qualifiziert.

- a. **Patient erfüllt Einkommenskriterien.** Ein Patient, der Einkommenskriterien erfüllt, erhält einen Rabatt von 100 % auf den Teil der Gebühren für erbrachte Leistungen, für den der Patient verantwortlich ist.
- b. **Patient erfüllt Kriterien für hohe medizinische Ausgaben.** Ein Patient, der Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt, erhält einen Rabatt von 100 % auf die Gebühren für erbrachte Leistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

VII. Leistungsqualifikationszeitraum. MFA-Bewilligungen beginnen am Datum der Genehmigung oder an dem Datum, an dem Leistungen bereitgestellt bzw. Medikamente ausgegeben wurden. Der Qualifikationszeitraum für eine MFA-Bewilligung ist befristet. (Siehe Abschnitt 5.8.2 oben.)

- a. Der maximale Qualifikationszeitraum basiert auf einem speziellen Zeitraum:
 - i. Standardbewilligung für qualifizierte Leistungen: Bis zu 365 Tage, inklusive aller aktuell ausstehenden Restbeträge und Kosten
 - ii. Angenommene Qualifikationsbewilligung für unversicherte Patienten: 30 Tage
 - iii. Ambulante, durch zugelassene Pflegekräfte geleistete Pflege: Bis zu 30 Tage
 - iv. Dauerhafte medizinische Produkte: Bis zu 6 Monate
- b. Maximale Dauer für Verlauf der Behandlung/Pflegeepisode: Bis zu 365 Tage
- c. Maximale Dauer für Patienten, die potentiell für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme qualifiziert sind: Bis zu 30 Tage
- d. Maximale Dauer für einmalige Apotheken-Bewilligung: 30 Tage
- e. In Fällen, in denen ein Patient einen Antrag auf MFA gestellt hat und dieser genehmigt wurde, wird eine Rückerstattung für Beträge initiiert, die über denen liegen, die nach Erwartung von KFHP/H von Medicare, Medi-Cal oder anderen staatlichen Zahlern für Krankenhaus- und/oder andere Dienstleistungen gezahlt worden wären.

Richtlinientitel: Medizinische Finanzunterstützung	Richtliniennummer: NATL.CB.307
Zuständige Abteilung: National Community Benefit	Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2020
Verantwortlicher: Direktor, Medical Financial Assistance	Seite: 21 von 21

- i. Zinsen werden unter dem in Section 685.010 der Zivilprozessordnung (Code of Civil Procedure) festgelegten Satzes ab dem Datum des Eingangs der Zahlung durch den Patienten im Krankenhaus berechnet. Der aktuelle Satz beträgt 10%.

VIII. Basis für Berechnung der allgemein berechneten Beträge (AGB). KFHP/H bestimmt AGB für jede Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistung, wobei die rückgreifende Methode verwendet wird. Dabei werden die Bruttokosten für die Leistung mit dem AGB-Satz multipliziert. Informationen zum AGB-Satz und dessen Berechnung finden Sie auf der KFHP/H MFA-Website unter www.kp.org/mfa/ncal.