



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 1 de 20

1.0 Declaração da Apólice

A Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) e a Kaiser Foundation Hospitals (KFH) estão empenhadas em disponibilizar programas que facilitem o acesso de populações vulneráveis aos cuidados de saúde. Este empenho inclui a disponibilização de assistência financeira a doentes qualificados não segurados e com seguro insuficiente e baixo rendimento quando a capacidade de pagar serviços constitui uma barreira ao acesso a cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários.

2.0 Finalidade

Esta apólice descreve os requisitos de qualificação e recebimento de assistência financeira para serviços de cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários através do Programa de Assistência Financeira Médica (Medical Financial Assistance, MFA). Os requisitos estão em conformidade com a Secção 501(r) do Código de Tributação (Internal Revenue Code) dos Estados Unidos e com todos os regulamentos estatais relativos a serviços elegíveis, ao acesso, aos critérios de elegibilidade do programa, à estrutura de compensações no âmbito da MFA, à base de cálculo para a atribuição dos montantes de compensação e às ações permitidas no caso de não pagamento de despesas médicas.

3.0 Âmbito

A presente apólice aplica-se a funcionários que trabalhem nas seguintes entidades e respetivas filiais (coletivamente referidas como "KFHP/H"):

3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.2 Kaiser Foundation Hospitals; e

3.3 Subsidiárias KFHP/H.

3.4 A presente apólice aplica-se aos hospitais da Kaiser Foundation Hospitals listados na ADENDA em anexo, *Secção I, Hospitais da Kaiser Foundation Hospitals* e integrada no presente documento para referência.

4.0 Definições

Consultar o Anexo A – Glossário de Termos.

5.0 Disposições

A KFHP/H mantém um programa de MFA sujeito a condição de recursos destinado a mitigar barreiras financeiras no recebimento de cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários para doentes elegíveis, independentemente da idade, incapacidade, género, raça, afiliação religiosa, estatuto social ou de imigrante com estatuto de residente, orientação sexual, nacionalidade de origem e de o doente ter ou não cobertura de cuidados de saúde.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 2 de 20

5.1 Serviços Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA. Salvo indicação em contrário na ADENDA em anexo, *Secção II, Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.*

5.1.1 Serviços Elegíveis. A MFA pode ser aplicada a serviços de cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários, serviços e produtos farmacêuticos e artigos médicos fornecidos em instalações KP (por exemplo, hospitais, centros médicos e edifícios de consultórios médicos), em farmácias de ambulatório KFHP/H ou por prestadores de serviços Kaiser Permanente (KP). A MFA pode ser utilizada nos seguintes produtos e serviços:

5.1.1.1 Serviços Clinicamente Necessários. Cuidados, tratamentos ou serviços solicitados ou fornecidos por um prestador de serviços KP, que sejam necessários para a prevenção, avaliação, diagnóstico ou tratamento de uma condição médica e não principalmente apenas para conveniência do doente ou do prestador de cuidados médicos.

5.1.1.2 Receitas e Artigos Farmacêuticos. As receitas apresentadas numa farmácia de ambulatório KFHP/H e prescritas por prestadores de serviços KP, Serviços de Atendimento de Emergência não incluídos na rede KP, prestadores de Cuidados Médicos de Urgência não KP e prestadores de serviços contratados pela KP.

5.1.1.2.1 Medicamentos Genéricos. Sempre que seja possível, prefere-se o recurso a medicamentos genéricos.

5.1.1.2.2 Medicamentos de Marca. Medicamentos de marca prescritos por um prestador de serviços KP que indique "Dispensar como escrito" ("Dispense as Written", DAW), ou quando não existir disponível um equivalente genérico.

5.1.1.2.3 Medicamentos Não Sujeito a Receita Médica ou Artigos Farmacêuticos. Com uma prescrição ou indicação escrita por um prestador de serviços KP e obtidos junto de uma farmácia de ambulatório KP.

5.1.1.2.4 Beneficiários Medicare. Aplicado a beneficiários Medicare para medicamentos sujeitos a receita médica abrangidos em Medicare Parte D na forma de uma isenção em farmácia.

5.1.1.3 Equipamento Médico Duradouro (Durable Medical Equipment, DME). Encomendado por um prestador de serviços KP de acordo com as diretrizes relativas a equipamento médico duradouro (DME) e fornecido pela KFHP/H a um doente que cumpra os critérios de necessidade clínica.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 3 de 20

5.1.1.4 Aulas de Educação para a Saúde. Taxas associadas a aulas disponíveis previstas e fornecidas pela KP que são recomendadas por um prestador de serviços KP como parte de um plano de cuidados de saúde do doente.

5.1.1.5 Serviços Adicionais Elegíveis Disponíveis. Os serviços adicionais que são elegíveis ao abrigo da apólice MFA encontram-se identificados na ADENDA em anexo, *Secção II, Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.*

5.1.2 Serviços Não Elegíveis. A MFA não pode ser aplicada nos seguintes casos:

5.1.2.1 Serviços que não são Considerados Cuidados Médicos de Emergência ou Clinicamente Necessários conforme Determinado por um Prestador de Serviços KP. Incluindo, entre outros:

5.1.2.1.1 Cirurgia e serviços cosméticos, incluindo serviços de dermatologia com o principal objetivo de melhorar a aparência do doente,

5.1.2.1.2 Tratamentos de infertilidade,

5.1.2.1.3 Artigos médicos de retalho,

5.1.2.1.4 Terapias alternativas, incluindo serviços de acupuntura, quiroprática e massagens,

5.1.2.1.5 Injeções e dispositivos para tratar a disfunção sexual,

5.1.2.1.6 Serviços de gestação de substituição e

5.1.2.1.7 Serviços relacionados com a responsabilidade civil, proteção de seguro pessoal ou casos de acidentes de trabalho.

5.1.2.2 Receitas e Artigos Farmacêuticos. Os medicamentos e artigos não considerados urgentes ou clinicamente necessários incluem, entre outros, (1) medicamentos que não foram aprovados pela Comissão de Farmácia e Terapêuticas, (2) medicamentos e artigos não sujeitos a receita médica não prescritos ou solicitados por um prestador de serviços KP e (3) medicamentos especificamente excluídos (por exemplo, relacionados com fertilidade, cosmética, disfunção sexual).



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 4 de 20

5.1.2.3 Receitas para Inscritos Elegíveis ou Inscritos no Programa de Subsídio de Baixo Rendimento (Low Income Subsidy, LIS) de Medicare Parte D.

A comparticipação dos restantes custos na prescrição de medicamentos para inscritos no Medicare Advantage Parte D que sejam ou elegíveis ou estejam inscritos no programa LIS, de acordo com as orientações dos Centros Medicare e Medicaid Services (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Serviços Prestados Fora da Rede Hospitalar KP. A apólice MFA aplica-se unicamente a serviços prestados em instalações KP e por prestadores de serviços KP. Mesmo quando referidos por um prestador de serviços KP, todos os outros serviços não são elegíveis no âmbito da MFA. Estão excluídos serviços prestados em consultórios médicos, instalações de cuidados urgentes e serviços de atendimento de emergência não incluídos na rede KP, bem como cuidados de saúde em casa, cuidados intermédios, cuidados de recuperação e serviços de apoio.

5.1.2.5 Prémios de Seguros de Saúde. O programa de MFA não ajuda os doentes no pagamento de despesas relacionadas com a cobertura de cuidados de saúde (ou seja, despesas vencidas ou prémios).

5.1.2.6 Serviços Adicionais Não Elegíveis. Os serviços adicionais que não são elegíveis ao abrigo da apólice MFA encontram-se identificados na ADENDA em anexo, *Secção II, Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.*

5.2 Prestadores de Serviços. A MFA é aplicada unicamente a serviços elegíveis fornecidos por prestadores de cuidados médicos aos quais se aplica a apólice MFA, conforme indicado na ADENDA em anexo, *Secção III, Prestadores de Serviços Sujeitos e Não Sujeitos à Apólice MFA.*

5.3 Fontes de Informação sobre o Programa e Como Solicitar MFA. Informações adicionais sobre o programa de MFA e sobre como solicitar inclusão no mesmo encontram-se resumidas na ADENA em anexo, *Secção IV, Informação do Programa e Candidatura a MFA.*

5.3.1 Fontes de Informação sobre o Programa. Encontram-se disponíveis cópias da apólice MFA, formulários de inscrição, instruções e resumos em linguagem simples (ou seja, resumos da apólice ou folhetos do programa) ao público em geral, gratuitamente, no site da KFHP/H, por e-mail, pessoalmente, ou por correio postal dos EUA.

5.3.2 Solicitar MFA. O doente pode solicitar a inscrição no programa MFA durante ou após cuidados recebidos da KFHP/H através de várias formas, incluindo pessoalmente, por telefone ou através de solicitação por escrito.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 5 de 20

5.3.2.1 Triagem de Doentes para Determinar Elegibilidade para Plano Público ou Privado. A KFHP/H disponibiliza aconselhamento financeiro a doentes que solicitam inscrição no programa MFA de forma a identificar potenciais programas públicos e privados de cobertura de cuidados saúde que possam ajudar nas necessidades de acesso a cuidados de saúde. Um doente que seja considerado elegível para qualquer programa público ou privado de cobertura de cuidados saúde tem de solicitar a inscrição nesses programas.

5.4 Informações Necessárias para Solicitar MFA. Para determinar a elegibilidade para o programa MFA são necessárias informações pessoais, financeiras, e outras, completas com vista a verificar a situação financeira de um doente, bem como para programas públicos e privados de cobertura de cuidados de saúde. Um pedido de MFA pode ser recusado devido a informações incompletas. As informações podem ser fornecidas por escrito, pessoalmente ou por telefone.

5.4.1 Verificação da Situação Financeira. A situação financeira de um doente é verificada sempre que é realizado pelo mesmo um pedido de assistência. Se a situação financeira do doente puder ser verificada utilizando fontes de dados externas, pode não ser necessário fornecer documentação financeira.

5.4.2 Fornecer Informações Financeiras e Outras. Se não for possível verificar a situação financeira de um doente utilizando fontes de dados externas, poderá ser solicitado ao mesmo que disponibilize as informações descritas no pedido de inscrição no programa de MFA para verificação da respetiva situação financeira.

5.4.2.1 Informações Completas. A elegibilidade para o programa de MFA é determinada assim que forem recebidas todas as informações pessoais, financeiras, e outras, necessárias.

5.4.2.2 Informações Incompletas. Um doente é notificado pessoalmente, por correio ou por telefone se as informações requeridas recebidas estiverem incompletas. O doente pode disponibilizar as informações em falta no prazo de 30 dias a contar da data de envio do aviso ou da ocorrência da conversa pessoal ou telefónica.

5.4.2.3 Informações Solicitadas Indisponíveis. Um doente que não tenha as informações solicitadas descritas no pedido de inscrição no programa poderá contactar a KFHP/H para discutir outras formas disponíveis para demonstrar elegibilidade.



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 6 de 20

5.4.2.4 Indisponibilidade de Informações Financeiras. Um doente tem de fornecer informações financeiras básicas (por exemplo, rendimento, se existente, e fonte) e atestar a validade das mesmas quando (1) não for possível verificar a respetiva situação financeira utilizando fontes de dados externas, (2) não estiverem disponíveis as informações financeiras solicitadas e (3) não existir nenhuma outra foram disponível de demonstrar elegibilidade. São necessárias informações financeiras básicas e respetivo comprovativo do doente quando este:

5.4.2.4.1 For um Sem-abrigo, ou

5.4.2.4.2 Não tiver rendimentos, não receber um recibo da respetiva entidade patronal (excluindo trabalhadores independentes), receber presentes monetários ou tiver usufruído de isenção de apresentar declaração de rendimentos no ano fiscal anterior, ou

5.4.2.4.3 Tiver sido afetado por uma catástrofe nacional ou regional amplamente reconhecida (Consultar a Secção 5.11 abaixo).

5.4.3 Doentes Pré-qualificados. Presume-se que um doente cumpre os critérios de elegibilidade do programa e não necessita de fornecer informações pessoais, financeiras, e outras, para verificação da situação financeira quando:

5.4.3.1 Estiver inscrito num programa comunitário MFA (Community MFA, CMFA) para o qual os doentes foram encaminhados e pré-qualificados através (1) do governo federal, estatal ou local, (2) de uma organização parceira baseada na comunidade ou (3) de um evento de saúde na comunidade patrocinado pela KFHP/H, ou

5.4.3.2 Estiver inscrito num programa de Benefícios Comunitários KP destinado a apoiar o acesso aos cuidados para doentes com baixo rendimento e pré-qualificados por pessoal KFHP/H designado, ou

5.4.3.3 Estiver inscrito num programa credível de cobertura de cuidados de saúde com condição de recursos (por exemplo, Medicare Low Income Subsidy Program), ou

5.4.3.4 Tenha previamente recebido uma compensação MFA nos últimos 30 dias.

5.4.4 Cooperação do Doente. O doente deve empreender esforços razoáveis para disponibilizar todas as informações solicitadas. Se não forem disponibilizadas todas as informações solicitadas, são consideradas as circunstâncias e podem ser tidas em consideração aquando da determinação de elegibilidade.



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 7 de 20

5.5 Determinação de Presumível Elegibilidade. Um doente que não tenha solicitado MFA pode ser identificado como elegível para o Programa MFA se for possível validar a respetiva situação financeira através da utilização de fontes de dados externas. Se determinado como sendo elegível, o doente recebe automaticamente uma compensação MFA e receberá uma carta de aviso em que consta uma opção de recusar assistência financeira médica. Um doente pode ser identificado sem ter efetuado o pedido de inscrição se:

- 5.5.1** Não tiver seguro e (1) tiver uma consulta agendada para serviços elegíveis numa instalação KP, (2) não tiver indicado que tem cobertura de cuidados de saúde e (3) tiver sido considerado não elegível para Medicaid.
- 5.5.2** Tiver recebido cuidados numa instalação KP e existirem indicações de dificuldades financeiras (por exemplo, identificação de montantes em dívida antes de referência a dívida incobrável).

5.6 Critérios de Elegibilidade do Programa. Conforme resumido na ADENDA em anexo, *Secção V, Critérios de Elegibilidade*, um doente que tenha solicitado inscrição para MFA poderá qualificar-se para assistência financeira com base em critérios de despesas médicas elevadas ou de condição de recursos.

5.6.1 Critérios de Condição de Recursos. Um doente é avaliado para determinar se o mesmo cumpre os critérios de condição de recursos.

5.6.1.1 Elegibilidade Baseada no Nível de Rendimento.

Um doente de um agregado com um rendimento inferior ou igual aos critérios de condição de recursos da KFHP/H como uma percentagem das Orientações Federais de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) é elegível para assistência financeira.

5.6.1.2 Rendimento do Agregado. Os requisitos de rendimento aplicam-se aos membros do agregado familiar. Uma família é um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivem juntas. Os membros do agregado familiar podem incluir cônjuges, parceiros domésticos qualificados, filhos, familiares cuidadores e os filhos de familiares cuidadores que residam na mesma habitação.

5.6.2 Critérios de Despesas Médicas Elevadas. Um doente é avaliado para determinar se cumpre ou não os critérios de elegibilidade de despesas médicas elevadas.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 8 de 20

5.6.2.1 Elegibilidade Baseada em Despesas Médicas Elevadas.

Um doente de um agregado com qualquer nível de rendimento com despesas médicas e de farmácia correntes para serviços elegíveis durante um período de 12 meses superior ou igual a 10% do rendimento anual do agregado é elegível para assistência financeira.

5.6.2.1.1 Despesas Correntes KFHP/H. Despesas médicas e de farmácia incorridas em instalações KP incluem coparticipações, depósitos, cosseguros e franquias relacionados com serviços elegíveis.

5.6.2.1.2 Despesas Correntes Fora da Rede KFHP/H. Despesas médicas, dentárias e de farmácia relativas a serviços prestados em instalações não incluídas na rede KP, relacionadas com serviços elegíveis e incorridas pelo doente (excluindo quaisquer descontos ou deduções) estão incluídas. O doente tem de fornecer documentação das despesas médicas para os serviços recebidos em instalações não incluídas na rede KP.

5.6.2.1.3 Prémios de Seguros de Saúde. Despesas correntes não incluem os custos associados com a cobertura de cuidados de saúde (ou seja, despesas vencidas ou prémios).

5.7 Rejeições e Recursos

5.7.1 Rejeições. Um doente que tenha solicitado a inscrição no programa MFA e não cumpra os critérios de elegibilidade é informado, verbalmente ou por escrito, que o seu pedido de MFA foi rejeitado.

5.7.2 Como Recorrer em caso de Rejeição de MFA. Um doente que acredite que o seu pedido de inscrição ou as informações não foram devidamente considerados poderá recorrer da decisão. As instruções sobre como proceder em caso de recurso estão incluídas na carta de rejeição da MFA. Os recursos são revistos por pessoal designado da KFHP/H.

5.8 Estrutura de Compensações. As compensações MFA são aplicadas unicamente a montantes em dívida ou a despesas vencidas. O período de elegibilidade para uma compensação MFA é limitado e pode variar.

5.8.1 Base para a Compensação. As despesas pagas pelo programa MFA são determinadas com base no doente ter ou não cobertura para cuidados de saúde e no rendimento do agregado familiar do doente.

5.8.1.1 Doente Elegível para MFA sem Cobertura para Cuidados de Saúde (Não Segurado). Um doente elegível não segurado recebe um desconto em todos os serviços elegíveis.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 9 de 20

5.8.1.2 Doente Elegível para MFA com Cobertura para Cuidados de Saúde (Segurado). Um doente elegível segurado recebe um desconto sobre a parte de uma fatura relativamente a todos os serviços elegíveis (1) pela qual seja pessoalmente responsável e (2) que não seja paga pela sua companhia de seguros. O doente tem de fornecer documentação, assim como uma Declaração Detalhada de Benefícios (Explanation of Benefits, EOB), para determinar a parte da fatura não coberta pelo seguro.

5.8.1.2.1 Pagamentos Recebidos da Companhia de Seguros. Um doente elegível segurado tem de enviar à KFHP/H quaisquer pagamentos de serviços fornecidos pela KFHP/H, que o doente receba da sua companhia de seguros.

5.8.1.3 Plano de Descontos. Informações adicionais sobre os descontos disponíveis ao abrigo da apólice encontram-se resumidas na ADENDA em anexo, *Secção VI, Plano de Descontos*.

5.8.1.4 Reembolsos de Liquidações. A KFHP/H exerce o direito de cobrar o reembolso de liquidações de responsabilidade civil/proteção de seguro pessoal, contribuintes ou outras pessoas legalmente responsáveis, conforme aplicável.

5.8.2 Período de Elegibilidade da Compensação. O período de elegibilidade de compensações MFA tem início na data de aprovação, ou na data em que os serviços foram fornecidos, ou na data em que os medicamentos foram dispensados. Conforme resumido na ADENDA em anexo, *Secção VII, Período de Elegibilidade da Compensação*, o período de elegibilidade de MFA para um doente elegível é determinado através de várias formas, incluindo:

5.8.2.1 Período de Tempo Específico.

5.8.2.2 Duração do Tratamento ou do Episódio de Cuidados. Para uma duração de tratamento e/ou episódio de cuidados específicos, conforme determinado por um prestador de serviços KP.

5.8.2.3 Doentes potencialmente elegíveis para planos de saúde públicos e privados. Pode ser concedida uma compensação MFA provisória para ajudar um doente durante o processo de pedido de inscrição em programas públicos ou privados de cobertura de cuidados de saúde.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 10 de 20

- 5.8.2.4 Compensação Única para Farmácia.** Antes do pedido de inscrição no programa de MFA, um doente é elegível para uma compensação única para farmácia se (1) não tiver uma compensação MFA, (2) aviar uma receita prescrita por um prestador de serviços KP numa farmácia KFHP/H e (3) expressar incapacidade para pagar o custo da receita. A compensação única inclui um fornecimento de medicamentos razoável conforme clinicamente adequado por um prestador de serviços KP.
- 5.8.2.5 Pedido de Prorrogação da Compensação.** Um doente pode solicitar a prorrogação de uma compensação MFA desde que continue a cumprir os requisitos de elegibilidade MFA. Os pedidos de prorrogação são avaliados caso a caso.
- 5.8.3 Compensação Revogada, Anulada ou Alterada.** A KFHP/H pode revogar, anular ou alterar uma compensação MFA, em determinadas situações, segundo o seu critério. Estas situações incluem:
- 5.8.3.1 Fraude, Roubo ou Alteração de Condições Financeiras.** Um caso de fraude, declarações falsas, roubo, alteração de condições financeiras de um doente, ou outra circunstância que comprometa a integridade do programa de MFA.
- 5.8.3.2 Elegível para Programas Públicos e Privados de Cobertura de Cuidados de Saúde.** Um doente alvo de triagem para programas públicos e privados de cobertura de cuidados de saúde é presumido como sendo elegível mas não colabora no processo de pedido de inscrição desses programas.
- 5.8.3.3 Identificação de Outras Fontes de Pagamento.** A cobertura de cuidados de saúde ou outras formas de pagamento identificadas após um doente receber uma compensação MFA faz com que os encargos de serviços elegíveis sejam novamente cobrados de forma retroativa. Se esta situação ocorrer, não é cobrada ao doente a parte de uma fatura (1) pela qual é pessoalmente responsável e (2) que não é paga pela respetiva cobertura de cuidados de saúde ou outra fonte de pagamento.
- 5.8.3.4 Alteração na Cobertura de Cuidados de Saúde.** Irá ser solicitado a um doente que experimente uma alteração na cobertura de cuidados de saúde que volte a apresentar um pedido de inscrição no programa de MFA.



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 11 de 20

5.9 Limitação de Encargos. A cobrança a doentes elegíveis para MFA do montante total (ou seja, encargos brutos) de encargos hospitalares prestados num Hospital da Kaiser Foundation Hospital é proibida. A um doente que tenha recebido serviços hospitalares elegíveis num hospital da Kaiser Foundation Hospital e seja elegível para o programa de MFA, mas que não tenha recebido uma compensação MFA ou que tenha rejeitado uma compensação MFA, não é cobrado mais do que os montantes geralmente faturados (amounts generally billed, AGB) relativos a esses serviços.

5.9.1 Montantes Geralmente Faturados. Os montantes geralmente faturados (AGB) para cuidados médicos de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários a indivíduos que tenham seguro que cubra esses cuidados são determinados para instalações KP conforme descrito na ADENDA em anexo, *Secção VIII, Base de Cálculo de Montantes Geralmente Faturados (AGB)*.

5.10 Ações de Cobrança.

5.10.1 Esforços Razoáveis de Notificação. A KFHP/H ou uma agência de cobranças agindo em seu nome empreende esforços razoáveis para notificar os doentes com despesas vencidas ou montantes em dívida relativamente ao programa de MFA. Os esforços razoáveis de notificação incluem:

5.10.1.1 Fornecer um aviso escrito no prazo de 120 dias de uma primeira declaração pós-alta informando o titular da conta de que se encontra disponível MFA para aqueles que se qualificarem para tal.

5.10.1.2 Fornecer uma notificação por escrito com uma lista de ações de cobrança extraordinária (extraordinary collection actions, ECA) que o KFHP/H, ou uma agência de cobranças, pretende encetar para o pagamento do valor em dívida e o prazo para tais ações, que não pode ser inferior a 30 dias do aviso por escrito.

5.10.1.3 Fornecer ao doente uma síntese da apólice MFA, em linguagem simples, juntamente com o primeiro extrato de conta do hospital.

5.10.1.4 Tentativa de notificação do titular da conta verbalmente sobre a apólice MFA e sobre como obter assistência através do processo de pedido de inscrição para MFA.

5.10.2 Suspensão de Ações de Cobrança Extraordinária. A KFHP/H não realiza, ou permite que agências de cobrança o faça em seu nome, ações de cobrança extraordinária (Extraordinary Collection Actions, ECA) relativamente a um doente se este:

5.10.2.1 Usufruir de uma compensação MFA, ou

5.10.2.2 Tiver iniciado um pedido de inscrição no programa MFA após o início de ECA. As ECA são suspensas até que seja realizada uma determinação final de elegibilidade.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 12 de 20

5.10.3 Ações de Cobrança Extraordinária Permitidas.

5.10.3.1 Determinação Final de Esforços Razoáveis. Antes de iniciar qualquer ECA, o Líder Regional de Serviços Financeiros e Ciclo de Rendimentos de Doentes tem de garantir o seguinte:

5.10.3.1.1 Empreendimento de esforços razoáveis para notificar o doente do programa de MFA, e

5.10.3.1.2 Disponibilização ao doente de, pelo menos, 240 dias a partir da primeira declaração de faturação para inscrição no programa MFA.

5.10.3.2 Reportar a Agências de Crédito do Consumidor ou Instituições de Crédito. A KFHP/H ou uma agência de cobrança agindo em seu nome podem relatar informações adversas a agências de informação de crédito de consumidores ou instituições de crédito.

5.10.3.3 Ações Judiciais ou Cíveis. Antes de avançar com quaisquer ações judiciais ou cíveis, a KFHP/H valida a situação financeira do doente utilizando fontes de dados externas para determinar se este é elegível para o programa de MFA.

5.10.3.3.1 Elegível para MFA. Não são adotadas ações adicionais relativamente a doentes que são elegíveis para o programa de MFA. As contas que se qualifiquem para MFA são canceladas e devolvidas de forma retrospectiva.

5.10.3.3.2 Não Elegível para MFA. Em casos muito limitados, podem ser adotadas as seguintes ações com aprovação prévia do Diretor Financeiro ou Supervisor regional:

5.10.3.3.2.1 Penhora de salários

5.10.3.3.2.2 Ações judiciais/processos cíveis. Não se avança com ações judiciais relativamente a um indivíduo desempregado e sem um rendimento significativo.

5.10.3.3.2.3 Ónus sobre residências.

5.10.4 Ações de Cobrança Extraordinária. A KFHP/H não executa, autoriza ou permite que agências de cobrança realizem as seguintes ações seja em que circunstância for:

5.10.4.1 Adiar, negar ou exigir o pagamento, por falta de pagamento do titular da conta de um saldo anterior, antes de fornecer cuidados médicos de emergência ou clinicamente necessários.

5.10.4.2 Vender a dívida de um titular da conta a terceiros.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 13 de 20

5.10.4.3 Executar hipotecas ou apreensão de contas.

5.10.4.4 Pedir mandados de prisão.

5.10.4.5 Pedir mandados de detenção civil.

5.11 Resposta a Catástrofes. A KFHP/H pode modificar temporariamente os critérios de elegibilidade e processos de candidatura do seu programa MFA para melhorar a assistência disponível às comunidades e a doentes afetados por um evento amplamente reconhecido que tenha sido qualificado como uma catástrofe natural pelo governo estadual ou federal.

5.11.1 Potenciais Modificações de Elegibilidade. As alterações temporárias aos critérios de elegibilidade para MFA podem incluir:

5.11.1.1 Suspensão de restrições de elegibilidade

5.11.1.2 Aumento dos meios para teste de critérios de limite

5.11.1.3 Diminuição do limite de critérios para despesas médicas elevadas

5.11.2 Potenciais Modificações ao Processo de Candidatura. As alterações temporárias ao processo de candidatura ao MFA podem incluir:

5.11.2.1 Permitir aos doentes o fornecimento de informações financeiras básicas (por exemplo, rendimento, se existente, e fonte) e atestar a validade das mesmas quando (1) não for possível verificar o respetivo estatuto financeiro utilizando fontes de dados externos, (2) as informações financeiras solicitadas não estiverem disponíveis devido ao evento, e (3) não existirem outras provas que consigam demonstrar elegibilidade.

5.11.2.2 A consideração do impacto da perda futura de salários/emprego devido ao evento aquando da determinação do rendimento do agregado.

5.11.3 Informações Disponíveis ao Público. As informações descrevendo as alterações temporárias ao programa MFA são disponibilizadas ao público na página web do MFA e nas instalações da KP nas áreas afetadas.

6.0 Referências/Anexos

6.1 Anexo A – Termos do Glossário

6.2 Leis, Regulamentos e Recursos

6.2.1 Lei de Proteção e Cuidado ao Doente (Patient Protection and Affordable Care Act), Lei Pública 111-148 (124 Decreto-lei 119 (2010))

6.2.2 Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines (Registo Federal e as Orientações Federais de Pobreza Anuais)

6.2.3 Internal Revenue Service Publication (Publicação do Serviço de Receita Interna), Instruções para o Anexo H 2014 (Formulário 990)

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 14 de 20

- 6.2.4** Aviso 2010-39 do Serviço de Receita Interna (Internal Revenue Service Notice 2010-39)
- 6.2.5** Código do Serviço de Receita Interna (Internal Revenue Service Code), 26 Código de Regulamentos Federais Partes 1, 53 e 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Requisitos Adicionais para Hospitais Filantrópicos
- 6.2.6** California Hospital Association – Políticas de Assistência Financeira para Hospitais e Leis de Benefícios Comunitários (Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws), Edição 2015
- 6.2.7** Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit (Um Guia para Planejamento e Comunicação de Benefícios Comunitários), Edição 2012
- 6.3** Listas de Prestadores de Serviços
 - 6.3.1** As listas de prestadores de serviços estão disponíveis nos sites KFHP/H para:
 - 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



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 15 de 20

Anexo A

Glossário de Termos

Programa Comunitário MFA (CMFA) refere-se a programas de assistência financeira médica planejada que colaboram com organizações de rede de segurança e baseadas na comunidade para fornecer acesso a cuidados clinicamente necessários a doentes não segurados e com seguro insuficiente e baixo rendimento em instalações KP.

Equipamento Médico Duradouro (DME) inclui, entre outros, bengalas normais, muletas, nebulizadores, artigos previstos no âmbito do benefício de DME, unidades de tração para portas para utilização doméstica, cadeiras de rodas, camas de hospitais e oxigênio para utilização em casa, conforme especificado pelos critérios de DME. DME não inclui ortóptica, próteses (por exemplo, talas/ortóteses dinâmicas, laringe artificial e outros itens) e artigos não sujeitos a receita médica e itens sensíveis (por exemplo, artigos de urologia e para tratamento de feridas).

Doente Elegível é um indivíduo que cumpre os critérios de elegibilidade descritos na presente apólice, se (1) não estiver seguro; (2) receber cobertura através de um programa público (por exemplo Medicare, Medicaid, ou cobertura de cuidados médicos subsidiados através de troca de informações de saúde; (3) estiver seguro por um plano de saúde que não da KFHP; ou se (4) estiver seguro pela KFHP.

Fontes de Dados Externas são vendedores terceiros, agências de informação de crédito, etc., que fornecem informações sobre situações financeiras utilizados pela KP para validar ou confirmar a situação financeira de um doente aquando da avaliação de elegibilidade para o programa de MFA.

Orientações Federais de Pobreza (FPG) estabelecem os níveis de rendimento anual de pobreza conforme determinado pelo Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA e são atualizadas anualmente no Registo Federal.

Aconselhamento Financeiro consiste no processo de ajudar doentes a explorar as várias opções de financiamento e cobertura de cuidados de saúde disponíveis para pagar serviços prestados nas instalações KP. Os doentes que podem procurar aconselhamento financeiro incluem, entre outros, doentes que fazem pagamento por conta própria, não segurados, com seguro insuficiente e aqueles que expressaram uma incapacidade de pagar a dívida total.

Sem-abrigo descreve a situação de uma pessoa que reside num dos locais, ou se encontra numa das situações abaixo:

- Em locais não destinados a habitação humana, tais como automóveis, parques, calçadas, edifícios abandonados (na rua); ou
- Num abrigo de emergência; ou
- Em alojamento transitório ou de apoio para pessoas sem-abrigo, oriundas da rua ou de abrigos de emergência.
- Em qualquer um dos locais mencionados acima, mas que se encontra por um curto período de tempo (até 30 dias consecutivos) num hospital ou noutra instituição.
- Sendo alvo de ordem de despejo, no prazo de uma semana, de uma unidade de habitação privada ou em fuga de uma situação de violência doméstica sem residência posterior identificada e não tendo recursos e redes de apoio necessários para obter alojamento.
- Tenha de sair, no prazo de uma semana, de uma instituição, por exemplo, uma instalação de saúde mental ou de tratamento de abuso de substâncias onde a pessoa tenha residido durante mais de 30 dias consecutivos e sem residência posterior identificada e não tendo recursos financeiros e redes de apoio social necessários para obter alojamento.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 16 de 20

Anexo A

Glossário de Termos (cont.)

KP inclui a Kaiser Foundation Hospitals, a Kaiser Foundation Health Plans, a Permanente Medical Groups e respectivas subsidiárias, exceto a Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Instalações KP inclui quaisquer instalações físicas, incluindo o interior e exterior de um edifício, detidas ou alugadas pela KP no decurso das suas atividades comerciais, incluindo o fornecimento de cuidados ao doente (por exemplo, um edifício ou um piso/unidade KP, ou outra área interior ou exterior de um edifício não da KP).

Condição de recursos é o método através do qual fontes de dados externas ou informações fornecidas pelo doente são utilizadas para determinar elegibilidade para um programa público de cobertura ou baseado em MFA relativamente a se o rendimento do indivíduo é superior à percentagem especificada nas Orientações Federais de Pobreza.

Assistência Financeira Médica (MFA) fornece compensações monetárias para pagar despesas médicas a doentes elegíveis que não tenham capacidade para pagar a totalidade ou parte dos respetivos serviços clinicamente necessários, produtos ou medicação e que tenham esgotado fontes pagadoras públicas e privadas. Os indivíduos têm de cumprir os critérios do programa de assistência para o pagamento de parte ou da totalidade do custo dos cuidados.

Artigos Médicos referem-se a materiais médicos não reutilizáveis como talas, ligaduras, pensos para feridas e faixas que são aplicados por um prestador de cuidados de saúde licenciado fornecendo serviços clinicamente necessários e excluindo os materiais comprados ou obtidos por um doente junto de outra fonte.

Isenção em Farmácia fornece assistência financeira a afiliados do KP Senior Advantage Medicare Parte D com baixo rendimento que não têm capacidade para suportar o respetivo custo de medicamentos prescritos em ambulatório cobertos pelo Medicare Parte D.

Rede de Segurança refere-se a um sistema de organizações sem fins lucrativos e/ou agências governamentais que fornecem serviços de cuidados médicos a pessoas não seguradas numa organização comunitária tal como um hospital público, clínica comunitária, igreja, abrigo, unidade de saúde móvel, escola, etc.

Seguro insuficiente é um indivíduo para o qual, apesar de ter cobertura de cuidados de saúde, a obrigação de pagar prémios de seguro, coparticipações, cosseguros e franquias é financeiramente difícil que este atrase ou não recebe serviços de cuidados de saúde devido aos custos correntes.

Não segurado é um indivíduo que não tem seguro de cuidados de saúde ou assistência financeira patrocinada federal ou estatalmente para ajudar a pagar os serviços de cuidados de saúde.

Populações Vulneráveis incluem grupos demográficos cuja saúde e bem-estar são considerados como estando mais em risco do que os da população geral devido ao estatuto socioeconómico, doença, etnia, idade ou outros fatores incapacitantes.

Mandado(s) de detenção civil corresponde a um processo iniciado por um tribunal instruindo as autoridades a trazer uma pessoa considerada como estando em desobediência ao tribunal, semelhante a um mandado de prisão.



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 17 de 20

ADENDA: Kaiser Permanente Northern California

I. Kaiser Foundation Hospitals. Esta apólice aplica-se aos seguintes hospitais da Kaiser Foundation Hospitals na região do Norte da Califórnia:

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

Nota: A Kaiser Foundation Hospitals cumpre o Código de Saúde e Segurança da Califórnia, Políticas de Fixação Justa de Preços para Hospitais (Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code) §127400.

II. Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.

- a. **Transporte para Doentes Sem-abrigo.** Disponível para doentes sem-abrigo para situações de emergência e não de emergência com vista a facilitar a alta de Hospitais KP ou de Departamentos de Emergência KP
- b. **Serviços Adicionais Elegíveis a Título de Exceção.** Em determinadas situações, pode aplicar-se a MFA em serviços de instalações e equipamento médico duradouro (DME) não incluídos na rede KP que sejam prescritos ou solicitados por prestadores de serviços KP relativamente a um doente que cumpra os critérios de elegibilidade de despesas médicas elevadas (Consultar a Secção 5.6.2 acima, Critérios de Despesas Médicas Elevadas).
 - i. **Serviços de Enfermagem Especializados.** Disponibilizados numa instalação KP contratada a um doente com uma necessidade médica prescrita, conforme determinado por um prestador de serviços KP com vista a facilitar a alta hospitalar.
 - ii. **Equipamento Médico Duradouro (DME).** DME disponibilizado por um fornecedor e solicitado por um prestador de serviços KP através do Departamento KFHP/H de acordo com as diretrizes relativas a DME e disponibilizado por um fornecedor contratado a um doente que cumpra os critérios de necessidade clínica.
- c. **Serviços Adicionais Não Elegíveis**
 - i. Próteses auditivas
 - ii. Artigos óticos
 - iii. **Despesas Associadas a Comparticipação de Despesas (Share of Cost, SoC) - Medi-Cal.** A SoC é considerada parte integrante do programa Medi-Cal concebido para fornecer benefícios de cuidados de saúde com vista a ajudar beneficiários Medi-Cal que se posicionam na parte superior do limite de rendimentos. A MFA não pode ser aplicada a esses encargos para serviços abrangidos pela SoC.



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 18 de 20

- III. Prestadores de Serviços Sujeitos e Não Sujeitos à Apólice MFA.** A lista de prestadores de serviços de hospitais da Kaiser Foundation Hospitals que estão sujeitos e não estão sujeitos à Apólice MFA encontra-se disponível ao público em geral, gratuitamente, no site KFHP/H MFA www.kp.org/mfa/ncal.
- IV. Informações sobre o Programa e Como Solicitar MFA.** Encontram-se disponíveis informações sobre o programa de MFA, incluindo cópias da apólice MFA, formulários de inscrição, instruções e resumos em linguagem simples (ou seja, folhetos do programa) ao público em geral, gratuitamente, em formato eletrônico ou impresso. O doente pode solicitar a inscrição no programa MFA durante ou após cuidados recebidos da KFHPH através de várias formas, incluindo pessoalmente, por telefone ou através de solicitação por escrito. (Consultar as Secções 5.3 e 5.4 acima.)
- Transferir Informações sobre o Programa no Site KFHP/H.** Encontram-se disponíveis cópias eletrônicas das informações sobre o programa no site MFA www.kp.org/mfa/ncal.
 - Solicitar Informações sobre o Programa Eletronicamente.** Encontram-se disponíveis cópias eletrônicas das informações sobre o programa por e-mail mediante pedido.
 - Obter Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido Pessoalmente.** Encontram-se disponíveis informações sobre o programa junto dos Departamentos de Admissão, Emergência e Consultores Financeiros para Doentes nos hospitais da Kaiser Foundation Hospitals listados na Secção I, *Hospitais da Kaiser Foundation Hospitals*.
 - Solicitar Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido por Telefone.** Os consultores estão disponíveis telefonicamente para fornecer informações, determinar elegibilidade para a MFA e ajudar o doente a solicitar a mesma. Os consultores podem ser contactados através do(s):
Número(s) de telefone: 1-800-390-3507
 - Solicitar Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido por Correio.** Um doente pode solicitar informações sobre o programa e apresentar o pedido de MFA enviando um formulário de pedido MFA devidamente preenchido por correio. Quaisquer solicitações de informações e pedidos podem ser enviados para:

Kaiser Permanente
Attention: Medical Financial Assistance Unit
P.O. Box 30006
Walnut Creek, Califórnia 94598
 - Entregar Pessoalmente o Pedido Preenchido.** Os pedidos preenchidos podem ser entregues pessoalmente nos Departamentos de Admissão ou de Consultores Financeiros para Doentes em cada hospital da Kaiser Foundation Hospital.
- V. Critérios de Elegibilidade.** Para determinar a elegibilidade de um doente para receber MFA é considerado o rendimento do agregado. (Consultar a secção 5.6.1. acima.)



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 19 de 20

- a. Critérios de Condição de Recursos: até 350% das Orientações Federais de Pobreza
- b. Os afiliados do plano KFHP que tenham uma franquia devem cumprir os critérios de despesas médicas elevadas para serem elegíveis para o programa

VI. Plano de Descontos. Os montantes cobrados pela KP a um doente qualificado para assistência financeira médica baseiam-se no tipo de critérios de elegibilidade utilizados para qualificar o doente para o programa.

- a. **O Doente Cumpre os Critérios de Condição de Recursos.** Um doente que cumpre os critérios de condição de recursos irá receber um desconto de 100% sobre a parte dos encargos relativos a serviços fornecidos pelos quais o doente é responsável.
- b. **O Doente Cumpre os Critérios de Despesas Médicas Elevadas.** Um doente que cumpre os critérios de despesas médicas elevadas irá receber um desconto de 100% sobre os encargos relativos a serviços fornecidos pelos quais o doente é responsável.

VII. Período de Elegibilidade da Compensação. As compensações MFA têm início na data de aprovação, ou na data em que os serviços foram fornecidos, ou na data em que os medicamentos foram dispensados. O período de elegibilidade de compensações MFA é limitado. (Consultar a secção 5.8.2 acima.)

- a. O período de elegibilidade máximo baseia-se num período de tempo específico:
 - i. Compensação normal para serviços elegíveis: até 365 dias, incluindo todos os montantes em dívida e encargos pendentes atuais
 - ii. Compensação de elegibilidade presumível para doentes não segurados: 30 dias
 - iii. Cuidados de Enfermagem Especializados: até 30 dias
 - iv. Equipamento Médico Duradouro: até 180 dias
- b. Período de elegibilidade máximo para duração de tratamento/episódio de cuidados: até 365 dias
- c. Período de elegibilidade máximo para doentes potencialmente elegíveis para programas públicos e privados de cobertura de cuidados de saúde: até 30 dias
- d. Período de elegibilidade máximo para compensação única para farmácia: 30 dias
- e. Nos casos em que um doente tenha apresentado o pedido e tenha recebido a aprovação para receber MFA é iniciado um reembolso relativamente a qualquer montante recebido superior ao que a KFHP/H previa para pagamento pelo Medicare, Medi-Cal ou qualquer outro pagante governamental para serviços hospitalares e/ou profissionais.
 - i. Os juros irão acumular à taxa indicada na Secção 685.010 do Código de Processo Civil; com início na data em que o pagamento do doente seja recebido pelo hospital. A taxa de juro atual é de 10%.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1 de janeiro de 2020
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 20 de 20

- VIII. Base de Cálculo de Montantes Geralmente Faturados (AGB).** A KFHP/H determina os AGB para qualquer emergência médica ou outros cuidados clinicamente necessários utilizando o método retroativo e multiplicando os custos brutos do serviço pela taxa AGB. As informações respeitantes à taxa AGB e cálculo encontram-se disponíveis no site KFHP/H MFA www.kp.org/mfa/ncal.