

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 1 di 20

1.0 Dichiarazione di Politica

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) e Kaiser Foundation Hospitals (KFH) sono impegnati nell'offerta di programmi che facilitino l'accesso all'assistenza a popolazioni vulnerabili. Questo impegno comprende la fornitura di assistenza finanziaria a pazienti eligibili a basso reddito, non assicurati o sotto-assicurati, quando la capacità di pagare i servizi è un ostacolo per l'accesso all'emergenza e all'assistenza medicalmente necessaria.

2.0 Scopo

Questa Politica descrive i requisiti di idoneità per ricevere assistenza finanziaria per l'emergenza e per l'assistenza medicalmente necessaria mediante il programma di Assistenza medico-finanziaria (Medical Financial Assistance, MFA). I requisiti sono conformi alle norme della Sezione 501(r) del Codice dell'Agenzia esattoriale USA (Internal Revenue Code) e alle normative statali in vigore che riguardano i servizi eligibili, come ottenere l'accesso, i criteri di idoneità ai programmi, la struttura delle assegnazioni di MFA, la base di calcolo degli importi delle assegnazioni e le azioni consentite nel caso di mancato pagamento di fatture mediche.

3.0 Area di applicazione

Questa Politica è valida per dipendenti che sono impiegati dai seguenti enti e dalle loro filiali (nominati collettivamente "KFHP/H"):

3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc,

3.2 Kaiser Foundation Hospitals, e

3.3 Filiali KFHP/H.

3.4 Questa Politica è valida per gli ospedali della Fondazione Kaiser elencati nell'APPENDICE allegata, *Sezione I, Kaiser Foundation Hospitals*, qui incorporata per consultazione.

4.0 Definizioni

Consultare Appendice A – Glossario dei termini.

5.0 Disposizioni

KFHP/H gestisce un programma di MFA basato sul reddito per attenuare le barriere finanziarie che impediscono di ricevere servizi di urgenza e assistenza medicalmente necessaria per pazienti idonei, indipendentemente da età, disabilità, genere, razza, affiliazione religiosa, stato sociale o di immigrante, orientamento sessuale, origine nazionale, e se il paziente ha o meno copertura sanitaria.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 2 di 20

- 5.1 Servizi, eligibili e non, conformemente alla politica di MFA.** Salvo diversamente specificato nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Ulteriori servizi eligibili e non, conformemente alla politica MFA.*
- 5.1.1 Servizi eligibili.** L'MFA può essere applicata a servizi di emergenza e di cure sanitarie medicalmente necessarie, per servizi e prodotti farmaceutici e per forniture mediche, forniti presso strutture KP (ad es. ospedali, centri medici ed edifici ambulatoriali), presso farmacie KFHP/H per pazienti esterni o da fornitori di Kaiser Permanente (KP). La MFA può essere applicata a servizi e prodotti descritti qui di seguito.
- 5.1.1.1 Servizi medicalmente necessari.** Assistenza, trattamenti o servizi ordinati o forniti da un fornitore KP, necessari per la prevenzione, la valutazione, la diagnosi o il trattamento di una condizione medica, non principalmente per la convenienza del paziente o del fornitore di assistenza medica.
- 5.1.1.2 Prescrizioni e forniture farmaceutiche.** Prescrizioni presentate a una farmacia KFHP/H per pazienti esterni e redatte da fornitori KP, fornitori di reparti di emergenza non KP, fornitori di assistenza d'urgenza non KP e fornitori KP a contratto.
- 5.1.1.2.1 Farmaci generici.** Uso di preferenza di farmaci generici, ogni qualvolta possibile.
- 5.1.1.2.2 Farmaci di marca.** Farmaci di marca prescritti da un fornitore KP che annota "Dispensare come scritto" ("Dispense as Written", DAW), oppure se non c'è nessun farmaco equivalente generico disponibile.
- 5.1.1.2.3 Farmaci da banco o forniture farmaceutiche.** Con una prescrizione o un ordine scritto da un fornitore KP e dispensato da una farmacia KP per pazienti esterni.
- 5.1.1.2.4 Beneficiari Medicare.** Applicato a beneficiari Medicare per farmaci da prescrizione coperti dalla Medicare, Parte D, sotto forma di esenzione dalla spesa farmaceutica.
- 5.1.1.3 Apparecchiature mediche durevoli (Durable Medical Equipment, DME).** Ordinate da un fornitore KP conformemente alle linee guida sulle Apparecchiature mediche durevoli (DME) e fornite da KFHP/H a un/a paziente che risponde ai criteri di necessità medica.
- 5.1.1.4 Corsi di formazione sanitaria.** Tariffe associate a corsi disponibili, programmati e forniti da KP e consigliati da un fornitore KP nel quadro di un piano assistenziale del paziente.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 3 di 20

5.1.1.5 Ulteriori servizi eligibili disponibili. Ulteriori servizi eligibili dalla Politica di MFA sono specificati nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Ulteriori servizi eligibili e non, conformemente alla Politica di MFA.*

5.1.2 Servizi non eligibili. La MFA non può essere applicata ai casi seguenti.

5.1.2.1 Servizi non considerati di emergenza o medicalmente necessari secondo quanto stabilito da un fornitore KP. Sono compresi, a solo titolo di esempio, i seguenti:

5.1.2.1.1 interventi o servizi di chirurgia estetica, compresi servizi di dermatologia destinati principalmente allo scopo di migliorare l'aspetto del paziente;

5.1.2.1.2 trattamenti contro l'infertilità;

5.1.2.1.3 forniture mediche al dettaglio;

5.1.2.1.4 terapie alternative, compresi agopuntura, chiropratica e massaggi;

5.1.2.1.5 iniezioni e dispositivi per il trattamento di disfunzioni sessuali;

5.1.2.1.6 servizi surrogati, e

5.1.2.1.7 servizi relativi a responsabilità di terzi, ad assicurazioni per la protezione della persona o a casi di compensazione di lavoratori.

5.1.2.2 Prescrizioni e forniture farmaceutiche. Prescrizioni e forniture non considerate di emergenza o medicalmente necessarie comprendono, a solo titolo di esempio, (1) farmaci che non sono stati approvati dalla Commissione farmaceutica e terapeutica, (2) farmaci da banco e forniture non prescritte né ordinate da un fornitore KP, e (3) farmaci specificamente esclusi (ad es., farmaci per la fertilità, cosmetici, per disfunzioni sessuali).

5.1.2.3 Prescrizioni per iscritti al Medicare, Parte D, idonei per il programma di Sussidio per bassi redditi (Low Income Subsidy, LIS) o iscritti ad esso. La partecipazione a una quota dei costi per farmaci da prescrizione per iscritti al Medicare Advantage, Parte D, che sono idonei per il programma di Sussidio per bassi redditi (LIS), o iscritti ad esso, conformemente alle linee guida dei Centri per servizi Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 4 di 20

5.1.2.4 Servizi forniti al di fuori delle strutture KP. La Politica di MFA si applica solo a servizi forniti da strutture KP, da fornitori KP. Tutti gli altri servizi non sono eligibili per la MFA, neppure se indirizzati da un fornitore KP. I servizi forniti da ambulatori medici non KP, strutture di terapia d'urgenza e reparti di emergenza, oltre che sanatori, ospizi, trattamenti di recupero e servizi di cura per detenuti, sono esclusi.

5.1.2.5 Premi di piani sanitari. Il programma di MFA non aiuta i pazienti nel pagamento delle spese collegate alla copertura di assistenza sanitaria (ad es., quote associative o premi).

5.1.2.6 Ulteriori servizi non eligibili. Ulteriori servizi non eligibili conformemente alla Politica di MFA sono specificati nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Ulteriori servizi eligibili e non, conformemente alla Politica di MFA.*

5.2 Fornitori. La MFA viene applicata unicamente a servizi eligibili di fornitori di assistenza medica per cui è valida la Politica di MFA, come specificati nell'APPENDICE allegata, *Sezione III, fornitori soggetti e non alla Politica di MFA.*

5.3 Fonti di informazioni sul Programma e come fare richiesta di MFA. Ulteriori informazioni sul programma di MFA e come farne richiesta sono sintetizzate nell'APPENDICE allegata, *Sezione III, fornitori soggetti e non alla Politica di MFA.*

5.3.1 Fonti di informazioni sul programma. Copie della Politica di MFA, moduli per la richiesta, istruzioni e sintesi in linguaggio semplice (cioè sintesi della Politica o opuscoli del programma) sono disponibili al pubblico, senza costi, dal sito web KFHP/H, via e-mail, di persona o via posta ordinaria.

5.3.2 Richiesta di MFA. Un paziente può fare richiesta per il programma di MFA, durante l'assistenza ricevuta da KFHP/H, o in seguito ad essa, in diversi modi: di persona, al telefono oppure tramite richiesta scritta.

5.3.2.1 Selezione di pazienti per idoneità a programmi pubblici e privati. KFHP/H fornisce consulenza finanziaria ai pazienti che fanno richiesta per il programma di MFA per individuare potenziali piani di copertura sanitaria pubblici o privati che possano essere di aiuto per esigenze di accesso all'assistenza sanitaria. Il paziente ritenuto idoneo per un eventuale piano di copertura sanitaria pubblico o privato è tenuto a presentare richiesta per tale programma.

5.4 Informazioni necessarie per la richiesta di MFA. Sono necessarie informazioni personali, finanziarie complete e altre informazioni per verificare lo stato finanziario di un paziente e stabilirne l'idoneità al programma di MFA, oltre che per piani di copertura sanitaria pubblici o privati. In caso di informazioni incomplete, la MFA può essere negata. Le informazioni possono essere fornite per iscritto, di persona o al telefono.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 5 di 20

5.4.1 Verifica della situazione finanziaria. Lo stato finanziario di un paziente viene verificato ogni volta che fa richiesta di assistenza. Se il suo stato finanziario può essere verificato usando fonti esterne di dati, è possibile che il paziente non debba fornire la documentazione finanziaria.

5.4.2 Fornitura di dati finanziari e di altre informazioni. Se non è possibile verificare lo stato finanziario di un paziente mediante fonti esterne di dati, è possibile che gli/le venga richiesto di inviare le informazioni specificate nella domanda per il programma MFA per la verifica del suo stato finanziario.

5.4.2.1 Informazioni complete. L'idoneità al programma di MFA viene stabilito dopo il ricevimento di tutte le informazioni personali, finanziarie richieste, oltre che di altre informazioni.

5.4.2.2 Informazioni incomplete. Se le informazioni ricevute non sono complete, il paziente viene avvisato di persona, per posta o per telefono. Il paziente può inoltrare le informazioni mancanti entro 30 giorni dalla data di invio dell'avviso, dalla data del colloquio di persona o dalla data della conversazione telefonica.

5.4.2.3 Informazioni richieste e non disponibili. Il paziente che non possiede le informazioni richieste specificate nella domanda per il programma può contattare KFHP/H per parlare di altre prove disponibili che possano dimostrare la sua idoneità.

5.4.2.4 Nessuna informazione finanziaria disponibile. Al paziente viene richiesto di fornire informazioni finanziarie di base (ad es., eventuale reddito e fonte) e di attestare la sua validità quando (1) il suo stato finanziario non può essere verificato utilizzando fonti esterne di dati, (2) le informazioni finanziarie richieste non sono disponibili e (3) non esiste nessun'altra prova che possa dimostrarne l'idoneità. Informazioni finanziarie di base e l'attestazione sono necessarie da parte del/la paziente quando lui o lei:

5.4.2.4.1 È senz'altro, oppure

5.4.2.4.2 Non ha reddito, non riceve un cedolino di stipendio dal suo datore di lavoro (esclusi coloro che sono lavoratori autonomi), riceve doni in denaro, o non aveva l'obbligo di presentare una dichiarazione dei redditi l'anno precedente, oppure

5.4.2.4.3 È vittima di un ben noto disastro nazionale o regionale (fare riferimento alla Sezione 5.11, qui di seguito).

5.4.3 Pazienti prequalificati. Si presume che un paziente risponda ai criteri di idoneità per il programma e che non sia obbligato a fornire informazioni personali, finanziarie e di altro tipo per la verifica dello stato finanziario, quando:

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 6 di 20

5.4.3.1 Partecipa a un programma di MFA della comunità (Community MFA, CMFA) a cui i pazienti sono stati indirizzati e prequalificati attraverso il (1) governo federale, statale o locale, (2) un'organizzazione di partenariato locale, oppure (3) a un evento sanitario locale sponsorizzato da KFHP/H; oppure

5.4.3.2 Partecipa a un programma di beneficenza nella comunità di KP, progettato per supportare l'accesso all'assistenza per pazienti a basso reddito e prequalificato da personale KFHP/H) designato, oppure

5.4.3.3 Partecipa a un programma affidabile di copertura sanitaria in base al reddito (ad es., Medicare Low Income Subsidy Program), oppure

5.4.3.4 Ha ricevuto una precedente assegnazione di MFA entro gli ultimi 30 giorni.

5.4.4 Collaborazione del paziente. Al paziente viene richiesto di fare un ragionevole sforzo per fornire tutte le informazioni richieste. Se non vengono fornite tutte le informazioni richieste, vengono prese in considerazione le circostanze al momento di stabilire l'idoneità, e di queste è possibile che si tenga conto.

5.5 Determinazione di presunta idoneità Un paziente che non ha fatto richiesta può essere individuato come idoneo per il programma di MFA se il suo stato finanziario può essere convalidato mediante l'uso di fonti esterne di dati. Se si stabilisce che è idoneo, può ricevere automaticamente un'assegnazione di MFA e ricevere altresì una lettera di notifica con la possibilità di declinare l'assistenza medico-finanziaria. Un paziente può essere individuato senza fare richiesta se:

5.5.1 Non ha assicurazione e (1) ha un appuntamento fissato per servizi eligibili presso una struttura KP, (2) non ha indicato se ha una copertura sanitaria, e (3) si suppone che non abbia diritto a Medicaid.

5.5.2 Ha ricevuto assistenza presso una struttura KP e ci sono indizi di difficoltà finanziarie (ad es., attuali saldi scoperti rilevati prima di comunicazioni di crediti).

5.6 Criteri di idoneità per il Programma. Come sintetizzato nell'APPENDICE allegata, *Sezione V, Criteri di idoneità*, un paziente che fa richiesta di MFA può aver diritto all'assistenza finanziaria in base al reddito, o in base ai criteri di spese mediche elevate.

5.6.1 Criteri di idoneità basata sul reddito. Un paziente viene valutato per stabilire se risponde ai criteri di idoneità basati sul reddito.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 7 di 20

5.6.1.1 Idoneità basata sul livello reddituale. Un paziente il cui nucleo familiare ha un reddito inferiore o uguale ai criteri di idoneità basati sul reddito di KFHP/H, come percentuale delle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG), è idoneo/a all'assistenza finanziaria.

5.6.1.2 Reddito del nucleo familiare. I requisiti sul reddito si applicano ai membri del nucleo familiare. Una famiglia è un gruppo di due o più persone legate da nascita, matrimonio o adozione, che vivono insieme. I membri della famiglia comprendono coniugi, partner domestici qualificati, figli, parenti assistenti e i figli di parenti assistenti che abitano nel nucleo familiare.

5.6.2 Criteri di spese mediche elevate. Un paziente viene valutato per stabilire se risponde ai criteri di idoneità per spese mediche elevate.

5.6.2.1 Idoneità in base a spese mediche elevate. Un paziente di un qualsiasi livello di reddito familiare, che nel precedente periodo di 12 mesi ha sostenuto spese personali mediche e farmaceutiche per servizi eligibili maggiori o uguali al 10% del reddito familiare annuale ha diritto ad assistenza familiare.

5.6.2.1.1 Spese personali per assistenza KFHP/H. Tra le spese mediche e di medicinali effettuate presso strutture KP sono comprese partecipazioni a spese, depositi, assicurazioni e oneri deducibili collegati a servizi eligibili.

5.6.2.1.2 Spese personali per assistenza presso strutture non KFHP/H. Spese mediche, farmaceutiche e odontoiatriche sostenute presso strutture non KP, collegate a servizi eligibili, ed effettuate dal paziente (esclusi eventuali sconti o storni). Al paziente viene chiesto di fornire la documentazione delle spese mediche per i servizi ricevuti da strutture non-KP.

5.6.2.1.3 Premi di piani sanitari. Le spese sostenute personalmente non comprendono i costi associati all'assicurazione sanitaria (ad es., quote associative o premi).

5.7 Rifiuti e appelli

5.7.1 Rifiuti. Un paziente che fa domanda per il programma di MFA e non risponde ai criteri di idoneità viene informato per iscritto o verbalmente che la sua richiesta di MFA è stata rifiutata.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 8 di 20

- 5.7.2 Come fare appello a un rifiuto di MFA.** Un paziente che ritiene che la sua richiesta o le sue informazioni non siano state prese in giusta considerazione può appellarsi alla decisione. Nella lettera di rifiuto sono contenute le istruzioni per il completamento del processo di appello. Gli appelli vengono esaminati dal personale KFHP/H designato.
- 5.8 Struttura del sussidio.** I sussidi di MFA vengono applicati unicamente a pagamenti scaduti o a saldi scoperti. Il periodo di diritto a un sussidio di MFA è limitato nel tempo e può variare.
- 5.8.1 Basi di assegnazione.** Le spese pagate dal programma di MFA vengono stabilite a seconda che il paziente possieda o meno una copertura sanitaria e in base al reddito del suo nucleo familiare.
- 5.8.1.1 Paziente idoneo per MFA senza copertura per assistenza sanitaria (senza assicurazione).** Un paziente idoneo senza assicurazione riceve uno sconto su tutti i servizi ammissibili.
- 5.8.1.2 Paziente idoneo per MFA con copertura per assistenza sanitaria (assicurato).** Un paziente idoneo assicurato riceve uno sconto su quella porzione della fattura per tutti i servizi ammissibili (1) per cui è personalmente responsabile e (2) che non viene pagata dal suo assicuratore. Al paziente viene richiesto di fornire una documentazione, ad esempio una Spiegazione dei benefici (Explanation of Benefits, EOB), per stabilire quale parte della fattura non è coperta dall'assicurazione.
- 5.8.1.2.1 Pagamenti ricevuti dall'assicuratore.** Un paziente assicurato idoneo è tenuto a dichiarare per iscritto e a sottoscrivere a KFHP/H eventuali pagamenti per servizi forniti da KFHP/H che riceve dal suo assicuratore.
- 5.8.1.3 Piano sconti.** Ulteriori informazioni sugli sconti disponibili in virtù della politica sono riepilogati nell'APPENDICE allegata, *Sezione VI, Piano sconti*.
- 5.8.1.4 Rimborsi di liquidazioni.** KFHP/H richiede rimborsi da liquidazioni di terzi/protezioni assicurative personali, pagatori o altre parti legalmente responsabili, secondo i casi.
- 5.8.2 Periodo di diritto al sussidio.** Il periodo di diritto al sussidio di MFA inizia a partire dalla data di approvazione, o in cui sono stati forniti i servizi, o sono stati somministrati i farmaci. Come sintetizzato nell'APPENDICE allegata, *Sezione VII, Periodo di diritto al sussidio*, il periodo di diritto a MFA di un paziente viene stabilito in diversi modi, tra cui:

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 9 di 20

5.8.2.1 Periodo di tempo specifico.

5.8.2.2 Periodo di trattamento o episodio di assistenza. Per un particolare periodo di trattamento e/o episodio di assistenza secondo quanto stabilito da un fornitore KP.

5.8.2.3 Pazienti potenzialmente idonei per programmi pubblici e privati di copertura sanitaria. Può essere assegnato un temporaneo sussidio di MFA per l'assistenza di un/a paziente che richiede programmi pubblici o privati di copertura sanitaria.

5.8.2.4 Sussidio una tantum per spese farmaceutiche. Prima di fare richiesta per il programma di MFA, il/la paziente ha diritto a un sussidio una tantum per spese farmaceutiche se (1) non ha un sussidio per l'MFA, (2) ha una prescrizione di farmaci redatta da un fornitore KP presso una farmacia KFHP/H e (3) dichiara di non essere in grado di pagarla. Il sussidio una tantum comprende una ragionevole fornitura di farmaci ritenuta medicalmente appropriata da un fornitore KP.

5.8.2.5 Richiesta di un'estensione del sussidio. Un paziente può richiedere l'estensione di un sussidio MFA fintantoché continua a soddisfare i requisiti di idoneità per l'MFA. Le richieste di estensione vengono valutate caso per caso.

5.8.3 Revoca, rescissione o modifica del sussidio. KFHP/H ha la facoltà di revocare, rescindere o modificare un sussidio MFA in determinate situazioni, a sua descrizione. Sono previste, ad esempio, le seguenti situazioni.

5.8.3.1 Frode, furto o cambiamenti della situazione finanziaria. Un caso di frode, falsa dichiarazione, furto, cambiamenti della situazione finanziaria del paziente o di altre circostanze che compromettono l'integrità del programma MFA.

5.8.3.2 Idoneo per programmi privati di copertura sanitaria. Si presume che un paziente selezionato per programmi pubblici o privati di copertura sanitaria sia idoneo ma che non cooperi con il processo applicativo per quei programmi.

5.8.3.3 Altre fonti di pagamento individuate. Copertura sanitaria o altre fonti di pagamento individuate in seguito al ricevimento di una MFA da parte del paziente causano una nuova fatturazione retroattiva degli addebiti per servizi eligibili. Se ciò succede, al/la paziente non viene fatturata quella parte di fattura (1) di cui non è personalmente responsabile e (2) che non viene pagata dalla sua copertura sanitaria o da altra fonte di pagamento.

5.8.3.4 Modifiche della copertura sanitaria. Un paziente che vede modificata la copertura sanitaria, sarà tenuto a ripetere la richiesta per il programma di MFA.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 10 di 20

5.9 Limitazione degli addebiti. È proibito l'addebito a pazienti idonei per l'MFA di importi interi (ad es. addebiti lordi) per servizi ospedalieri eligibili resi presso un ospedale di Kaiser Foundation Hospitals. A un paziente che ha ricevuto servizi ospedalieri eligibili presso un ospedale di Kaiser Foundation Hospitals e ha diritto al programma di MFA, ma che non ha ricevuto un'assegnazione di MFA, non viene addebitato più dell'importo generalmente fatturato (Amounts generally billed, AGB) per quei servizi.

5.9.1 Importi generalmente fatturati (AGB). Gli importi generalmente fatturati (AGB) per servizi di urgenza o di altra assistenza medicalmente necessaria, per le persone che hanno un'assicurazione che copre tali cure, vengono stabiliti per strutture KP, secondo quanto descritto nell'ALLEGATO, *Sezione VIII, Base di calcolo per importi normalmente fatturati (AGB)*.

5.10 Azioni di recupero.

5.10.1 Ragionevoli iniziative di notifica. KFHP/H o un'agenzia di recupero che agisce per suo conto mette in atto ragionevoli iniziative per avvisare pazienti che hanno importi scaduti o in sospeso relativamente al programma di MFA. Tra le Iniziative ragionevoli di notifica, si annoverano le seguenti.

5.10.1.1 Invio di un avviso scritto entro 120 giorni dalla prima dichiarazione post-dimissione che informa il titolare del conto che la MFA è disponibile per chi è idoneo.

5.10.1.2 Invio di avviso scritto con l'elenco delle azioni straordinarie di recupero (extraordinary collection actions, ECA) che KFHP/H o un'agenzia di recupero intende avviare per il pagamento di un saldo, e la scadenza di tali azioni, non prima di 30 giorni dall'avviso scritto.

5.10.1.3 Fornitura di una sintesi in linguaggio semplice della Politica della MFA, con la prima dichiarazione del paziente dell'ospedale.

5.10.1.4 Tentativo di notifica verbale del titolare del conto sulla Politica di MFA e su come ottenere assistenza mediante il processo di richiesta di MFA.

5.10.2 Azioni straordinarie di recupero sospese. KFHP/H non conduce, né permette che agenzie di recupero crediti conducano per conto suo, azioni straordinarie di recupero (extraordinary collection actions, ECA) contro un paziente se:

5.10.2.1 riceve un sussidio MFA; oppure se

5.10.2.2 ha avviato una richiesta di MFA dopo l'avvio di ECA. Le ECA vengono sospese fino a che non viene stabilita l'idoneità in modo definitivo.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 11 di 20

5.10.3 Azioni straordinarie di recupero consentite.

5.10.3.1 Determinazione finale di sforzi ragionevoli. Prima di avviare qualsiasi ECA, il responsabile regionale di Servizi finanziari per il paziente del Ciclo dei ricavi verifica quanto segue:

5.10.3.1.1 completamento di sforzi ragionevoli per avvisare il paziente del programma di MFA, e

5.10.3.1.2 che al paziente siano stati lasciati almeno 240 giorni dal primo estratto conto per fare richiesta di MFA.

5.10.3.2 Comunicazioni ad agenzie o uffici di recupero crediti.

KFHP/H o un'agenzia di recupero crediti che agisce per suo conto ha la facoltà di comunicare informazioni avverse ad agenzie di informazioni commerciali dei consumatori o a uffici di recupero crediti.

5.10.3.3 Azioni giudiziarie o civili. Prima di intraprendere una qualsiasi azione giudiziaria o civile, la KFHP/H verifica lo stato finanziario del/la paziente servendosi di fonti di dati esterne per stabilire se è idoneo al programma di MFA.

5.10.3.3.1 Idoneo per la MFA. Nessuna ulteriore azione viene intrapresa contro pazienti che sono idonei al programma di MFA. Conti eligibili per il programma MFA vengono cancellati e restituiti su base retrospettiva.

5.10.3.3.2 Non idoneo per la MFA. In casi molto limitati, le azioni che seguono possono venir intraprese con la preventiva approvazione del CEO regionale o del revisore dei conti:

5.10.3.3.2.1 pignoramento dello stipendio

5.10.3.3.2.2 azioni legali/civili. L'azione legale non viene intrapresa contro una persona disoccupata e senza altro reddito significativo.

5.10.3.3.2.3 Diritti di pegno su residenze.

5.10.4 Azioni straordinarie di recupero proibite. KFHP/H non effettua, non consente né consente ad agenzie di recupero crediti di eseguire quanto segue, in nessun caso.

5.10.4.1 Differire, negare o richiedere pagamenti, dovuti a un mancato pagamento di un saldo precedente del titolare di un conto, prima di aver fornito assistenza di emergenza o medicalmente necessaria.

5.10.4.2 Vendere il debito del titolare di un conto a terzi.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 12 di 20

5.10.4.3 Pignorare proprietà o conti.

5.10.4.4 Richiedere l'ordine d'arresto.

5.10.4.5 Richiedere l'ordine di comparizione

5.11 Reazione in caso di disastri. KFHP/H ha la facoltà di modificare temporaneamente i suoi criteri di idoneità al programma MFA e i processi di applicazione, per potenziare l'assistenza disponibile per le comunità e i pazienti colpiti da un evento noto, che sia stato qualificato come disastro dal governo statale o federale.

5.11.1 Potenziali modifiche dell'idoneità. Tra le possibili modifiche dei criteri di idoneità all'MFA possono esservi i seguenti:

5.11.1.1 Sospensione delle restrizioni dell'idoneità.

5.11.1.2 Incremento della soglia di accertamento delle condizioni economiche.

5.11.1.3 Riduzione della soglia dei criteri per le spese mediche.

5.11.2 Potenziali modifiche del processo di applicazione. Tra le possibili temporanee modifiche al processo applicativo dell'MFA possono esservi le seguenti:

5.11.2.1 Consentire ai pazienti di fornire informazioni finanziarie di base (ad es., eventuale reddito e fonte) e attestarne la validità nel caso in cui (1) il loro stato finanziario non possa essere verificato mediante fonti di dati esterni, (2) le informazioni finanziarie richieste non siano disponibili per cause riconducibili all'evento, e (3) non esista nessun'altra prova che possa dimostrare l'idoneità.

5.11.2.2 Presa in considerazione dell'impatto della futura perdita di stipendi/impiego a causa dell'evento, al momento di determinazione del reddito familiare.

5.11.3 Informazioni disponibili al pubblico. Informazioni che descrivono modifiche temporanee del programma MFA vengono rese disponibili al pubblico sulla pagina web del programma MFA e presso le strutture KP delle aree interessate.

6.0 Bibliografia/Appendici

6.1 Appendice A – Glossario dei termini.

6.2 Leggi, normative e risorse

6.2.1 Legge sulla protezione dei pazienti e sull'assistenza sostenibile (Patient Protection and Affordable Care Act), Diritto pubblico 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.2.2 Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines (Registro federale e le Linee guida federali annuali sulla povertà)

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 13 di 20

- 6.2.3** Internal Revenue Service Publication (Pubblicazione dell'Agenzia esattoriale USA), Istruzioni 2014 per il Programma H (Modulo 990)
- 6.2.4** Nota dell'Agenzia esattoriale USA 2010-39 (Internal Revenue Service Notice 2010-39)
- 6.2.5** Codice dell'Agenzia esattoriale USA (Internal Revenue Service Code), 26 CFR Parti 1, 53, e 602. RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Ulteriori requisiti per ospedali caritatevoli
- 6.2.6** California Hospital Association - Politiche di assistenza finanziaria ospedaliera e Leggi a beneficio della comunità (Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws), edizione 2015.
- 6.2.7** Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit (Associazione sanitaria cattolica USA - Guida per la pianificazione e la comunicazione delle opere benefiche alla comunità), edizione 2012
- 6.3** Elenchi di fornitori
 - 6.3.1** Sono disponibili sui siti web KFHP/H gli elenchi dei fornitori per:
 - 6.3.1.1** Kaiser Permanente Hawaii
 - 6.3.1.2** Kaiser Permanente Northwest
 - 6.3.1.3** Kaiser Permanente Northern California
 - 6.3.1.4** Kaiser Permanente Southern California
 - 6.3.1.5** Kaiser Permanente Washington

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 14 di 20

Appendice A

Glossario dei termini

Assistenza medico-sanitaria della comunità (CMFA) si riferisce a programmi di assistenza medico-finanziaria pianificata che collaborano con organizzazioni del territorio e di sicurezza in rete per fornire l'accesso a servizi di assistenza medica necessaria a pazienti a basso reddito non assicurati o sotto-assicurati presso le strutture KP.

Apparecchiature mediche durevoli (DME) comprendono, a solo titolo di esempio, bastoni standard, stampelle, nebulizzatori, forniture intese a beneficio dei pazienti, unità di trazione da applicare alle porte e da usare in casa, sedie a rotelle, deambulatori, letti d'ospedale e ossigeno per uso domestico, come specificato dai criteri DME. Le DME non comprendono ortottica, protesi (ad es., stecche dinamiche/ortosi e laringi artificiali e ricambi) e forniture da banco, articoli di consumo (ad es., forniture urologiche e per la cura delle ferite).

Paziente idoneo persona che risponde ai criteri di eleggibilità descritti in questa Politica; se manca di assicurazione (1); (2) riceve una copertura attraverso un programma pubblico (ad es., Medicare, Medicaid oppure una copertura sanitaria sovvenzionata acquistata attraverso uno scambio di informazioni sanitarie); (3) la persona è assicurata mediante un piano sanitario diverso dal KFHP; oppure (4) la persona è assicurata presso KFHP.

Fonti esterne di dati venditori terzi, agenzie di controllo crediti (CRA) ecc., che forniscono informazioni sullo stato finanziario, usate da KP per convalidare o confermare lo stato finanziario di un paziente per valutarne l'idoneità per il programma di MFA.

Linee guida federali sulla povertà (FPG) stabiliscono i livelli di reddito annuale considerato come stato di povertà secondo il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services); vengono aggiornate annualmente nel Registro Federale (Federal Register).

Consulenza finanziaria il processo che serve per aiutare i pazienti a esplorare le varie opzioni di finanziamento e di copertura sanitaria disponibili per pagare i servizi resi nelle strutture KP. Tra i pazienti che potrebbero cercare consulenza finanziaria potrebbero annoverarsi, a solo titolo di esempio, autopaganti, non assicurati, sotto-assicurati e coloro che hanno espresso l'impossibilità di pagare l'intero dovuto del paziente.

Senzatetto descrive lo stato di una persona che risiede in uno dei luoghi o si trova in una delle situazioni in elenco qui di seguito:

- in luoghi non intesi come civile abitazione, quali automobili, parchi, marciapiedi, edifici abbandonati (sulle strade); oppure
- in un riparo di emergenza; oppure
- in un alloggio provvisorio o di sostegno per persone senza tetto che vengono originariamente dalle strade o da ripari di emergenza;
- in uno dei luoghi di cui sopra ma che trascorre un breve tempo (fino a 30 giorni consecutivi) in un ospedale o in un'altra istituzione.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 15 di 20

Appendice A

Glossario dei termini (cont.)

- Una persona che è stata cacciata nella settimana precedente da un'unità abitativa privata o sta fuggendo da una situazione di violenza domestica senza avere una successiva residenza individuabile e la persona manca di risorse e di reti di supporto necessarie per ottenere un alloggio.
- Una persona dimessa nella settimana precedente da un'istituzione, quale una struttura per malati mentali o tossicodipendenti, in cui è rimasta per più di 30 giorni consecutivi e non è stata individuata nessuna successiva residenza, e la persona manca delle risorse finanziarie e delle reti di supporto sociale necessarie per ottenere l'alloggio.

KP comprende gli ospedali della Kaiser Foundation Hospitals, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups, e le loro rispettive affiliate, eccetto la Kaiser Permanente Insurance Company, KPIC.

Strutture KP comprendono qualunque struttura fisica, compreso l'esterno e l'interno di un edificio, di proprietà di KP o da questo affittato nell'ambito delle sue funzioni di lavoro, che prevedono la fornitura di assistenza a pazienti (ad esempio, un edificio, o uno spazio KP, un'unità o un'altra area interna o esterna di un edificio non KP).

In base al reddito è il metodo con cui vengono usate fonti esterne di dati o informazioni fornite dal/la paziente per stabilire l'idoneità per un programma pubblico di copertura o per la MFA in base alla maggiore o minore entità del reddito di una persona rispetto alla percentuale specificata dalle Linee guida federali sulla povertà.

Assistenza medico-finanziaria (MFA) fornisce assegnazioni in denaro per il pagamento di costi medici a pazienti idonei che non sono in grado di pagare la totalità o una parte di servizi medicalmente necessari e che hanno esaurito le fonti di pagamento pubbliche e private. È necessario che queste persone soddisfino i criteri del programma perché l'assistenza paghi parte o la totalità delle spese dell'assistenza sanitaria.

Forniture mediche materiali medici non riutilizzabili, quali stecche, imbracature, fasciature per ferite e bende, applicati da un professionista sanitario qualificato fornendo un servizio medicalmente necessario, con l'esclusione di quei materiali acquistati e ottenuti da un/a paziente da un'altra fonte.

Esenzione dalla spesa farmaceutica fornisce assistenza finanziaria a membri del KP Senior Advantage Medicare, Parte D, che non sono in grado di sostenere la loro quota di costo per i medicinali prescritti ai pazienti esterni e coperti dal programma Medicare Parte D.

Rete di sicurezza (Safety Net) si riferisce a un sistema di organizzazioni non profit e/o di enti governativi che forniscono servizi di assistenza medica diretta ai non assicurati in ambienti della comunità, quali l'ospedale civile, la clinica locale, la chiesa, il riparo per senzatetto, l'unità sanitaria mobile, la scuola, ecc.

Sotto-assicurato persona che, nonostante abbia una copertura sanitaria, scopre che il pagamento di premi di assicurazione, i pagamenti di aliquote, la coassicurazione e tutti gli oneri detraibili è un tale carico finanziario che è in ritardo nei pagamenti o non riceve i necessari servizi sanitari a causa dei costi a suo carico.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 16 di 20

Appendice A

Glossario dei termini (cont.)

Non assicurato è una persona che non ha un'assicurazione sanitaria o un'assistenza finanziaria sanitaria federale o statale per il pagamento dei servizi sanitari.

Popolazioni vulnerabili il termine comprende gruppi demografici la cui salute e il cui benessere sono considerati più a rischio della popolazione generale, a causa dello stato socioeconomico, di malattie, etnicità, età o di altri fattori disabilitanti.

Ordine/i di arresto è un processo avviato da una corte che istruisce le autorità a portare in tribunale una persona accusata di oltraggio della corte; è simile a un mandato di arresto.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 17 di 20

APPENDICE: Kaiser Permanente Southern California

I. Kaiser Foundation Hospitals. Questa Politica è in vigore per i seguenti ospedali di Kaiser Foundation Hospitals della regione della California del Sud:

KFH Anaheim	KFH Moreno Valley
KFH Irvine	KFH San Diego
KFH Baldwin Park	KFH West Los Angeles
KFH Fontana	KFH Woodland Hills
KFH Harbor City	KFH Downey
KFH Los Angeles	KFH Ontario
KFH Panorama	KFH Zion
KFH Riverside	

Nota: Gli ospedali di Kaiser Foundation Hospitals si attengono alle Politiche di definizione equa dei prezzi ospedalieri del Codice californiano sulla salute e la sicurezza, par. §127400 (Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code §127400).

II. Ulteriori servizi eligibili e non, conformemente alla Politica MFA.

- a. **Trasporto di pazienti senzattetto.** Disponibile per un paziente senza domicilio per situazioni di urgenza e non, per facilitare la dimissione da un ospedale KP o da reparti di pronto soccorso KP.
- b. **Ulteriori servizi eligibili e disponibili come eccezione.** In determinati casi, l'MFA (Assistenza medico-finanziaria) può essere applicata a servizi forniti da strutture non KP e per apparecchiature mediche durevoli (DME), prescritte o ordinate da fornitori KP per un/a paziente che risponde a criteri di spese mediche elevate (fare riferimento alla Sezione 5.6.2 più in alto, Criteri di spese mediche elevate).
 - i. **Servizi infermieristici specializzati.** Forniti su contratto da una struttura KP a un paziente con un'esigenza medica prescritta, secondo quanto stabilito da un fornitore KP per facilitare la dimissione ospedaliera.
 - ii. **Apparecchiature mediche durevoli (DME).** Le apparecchiature mediche durevoli (DME), ordinate da un fornitore KP attraverso il Reparto DME di KFHP/H, conformemente alle linee guida sulle DME e fornite da un venditore a contratto a un/a paziente che risponde a criteri medici di necessità.
- c. **Ulteriori servizi non eligibili.**
 - i. Apparecchi acustici
 - ii. Forniture ottiche

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 18 di 20

- iii. **Spese riconducibili alla condivisione dei costi di Medi-Cal (Share of Cost, SoC).** La disposizione SoC è considerata parte integrante del programma Medi-Cal, ideato per fornire assistenza sanitaria ai beneficiari del Medi-Cal che sono al limite superiore della soglia di reddito. La MFA non può essere applicata a quegli addebiti per servizi previsti dalla disposizione SoC.

III. Fornitori soggetti e non alla Politica di MFA. L'elenco di fornitori degli ospedali della Fondazione Kaiser che sono o meno soggetti alla politica di MFA è disponibile a tutti, senza costi, sul sito web KFHP/H MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.

IV. Informazioni sul Programma e richiesta di MFA. Le informazioni sul programma di MFA, incluse copie della Politica di MFA, i moduli di richiesta, le istruzioni e le sintesi in un linguaggio semplificato (cioè le brochure del programma), sono disponibili al pubblico, senza costi, in formato elettronico o in copia cartacea. Un paziente può fare richiesta per il programma di MFA, durante il trattamento ricevuto dal KFHP/H, o in seguito ad esso, in diversi modi: di persona, al telefono oppure tramite richiesta scritta. (Fare riferimento alle Sezioni 5.3 e 5.4 qui sopra.)

- a. **Scaricare le informazioni sul programma dal sito web KFHP/H.**
Copie elettroniche delle informazioni sul programma sono disponibili sul sito web dell'MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.
- b. **Richiesta di informazioni sul programma per via elettronica.**
Copie elettroniche delle informazioni sul programma sono disponibili via e-mail su richiesta.
- c. **Acquisizione di informazioni sul programma o richiesta di persona.**
Informazioni sul programma sono disponibili nel Reparto di accettazione (Admitting) o di emergenza (Emergency) negli ospedali di Kaiser Foundation Hospitals elencati nella Sezione I, *Kaiser Foundation Hospitals*.
- d. **Richiesta di informazioni sul programma o presentazione della domanda via telefono.** I consulenti sono disponibili al telefono per fornire informazioni, per stabilire l'idoneità all'MFA, e per aiutare il/la paziente nella presentazione della domanda di MFA. I consulenti possono essere contattati al seguente recapito:
Numero di telefono: 1-800-390-3507
- e. **Richiesta di informazioni sul programma o invio della domanda per posta.**
Il paziente può richiedere informazioni sul programma e richiedere il programma MFA inoltrandone la domanda completa per posta. Le richieste di informazioni e le domande possono essere inviate per posta al seguente recapito:

Kaiser Permanente
Attention: Medical Financial Assistance
P.O. Box 7086
Pasadena, CA 91109-7086



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 19 di 20

f. **Consegna di persona della domanda compilata.** È possibile presentare di persona domande complete all'Accettazione di ciascun ospedale della Fondazione Kaiser.

- V. Criteri di idoneità.** Nello stabilire l'idoneità all'MFA viene preso in considerazione il reddito del nucleo familiare del paziente. (Fare riferimento alla Sezione 5.6.1. qui sopra.)
- a. Criteri per l'accertamento del reddito: fino a 350% delle Linee guida federali sulla povertà (FPG).
 - b. I soci KFHP che hanno diritto a detrazioni devono rispondere a criteri di spese mediche elevate per aver diritto al programma.

- VI. Piano sconti.** Gli importi che KP addebita a un paziente idoneo all'assistenza medica finanziaria si basa sulla tipologia dei criteri di idoneità utilizzata per stabilire l'idoneità del paziente al programma).
- a. **Paziente conforme ai criteri medi di test.** Un paziente conforme ai criteri medi di test riceverà uno sconto pari al 100% sulla porzione di spese dovute per i servizi erogati per cui è egli stesso responsabile.
 - b. **Paziente conforme a criteri di spese mediche elevati.** Un paziente conforme a criteri di spese mediche elevati riceverà uno sconto pari al 100% sulle spese dovute per i servizi erogati per cui è egli stesso responsabile.

- VII. Periodo di diritto al sussidio.** I sussidi di MFA iniziano a partire dalla data di approvazione, o in cui sono stati forniti i servizi, o sono stati somministrati i farmaci. Il periodo di diritto a un sussidio di MFA è limitato nel tempo. (Fare riferimento alle Sezioni 5.8.2 qui sopra.)
- a. La durata massima di diritto al sussidio si basa su un periodo specifico.
 - i. Sussidio standard per idoneità ai servizi: fino a 365 giorni, compresi tutti i saldi scoperti e gli addebiti in sospeso.
 - ii. Assegnazione per diritto presunto di pazienti non assicurati: 30 giorni
 - iii. Assistenza infermieristica specializzata: fino a 30 giorni
 - iv. Apparecchiature mediche durevoli (DME): fino a 180 giorni
 - b. Periodo massimo di diritto per un periodo di trattamento / episodio di assistenza: fino a 365 giorni
 - c. Periodo massimo di diritto di pazienti potenzialmente idonei a programmi pubblici o privati di copertura sanitaria: fino a 30 giorni
 - d. Periodo massimo di diritto di sussidio per farmaci una tantum: 30 giorni

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 gennaio 2020
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 20 di 20

- e. Nei casi in cui il paziente abbia fatto richiesta, e ricevuto approvazione di MFA, viene avviata una pratica di risarcimento per eventuali importi superiori al pagamento a favore di KFHP/H previsto da parte di Medicare, Medi-Cal o altri pagatori, per prestazioni ospedaliere o professionali.
 - i. Gli interessi matureranno al tasso specificato nella Sezione 685.010 del Codice di Procedura Civile, a iniziare dalla data di ricevimento del pagamento del paziente da parte dell'ospedale. Il tasso attuale è del 10%.

VIII. Base di calcolo per importi normalmente fatturati (AGB). La KFHP/H stabilisce gli AGB per eventuali emergenze o altra assistenza medica necessaria seguendo il metodo retroattivo, moltiplicando per il tasso di AGB gli addebiti lordi dovuti per la cura. Informazioni relative al tasso di AGB e sul suo calcolo sono disponibili sul sito web MFA del KFHP/H all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.