



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 1 de 20</b>

## **1.0 Declaración de la póliza**

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) y Kaiser Foundation Hospitals (KFH) se comprometen a ofrecer programas que faciliten el acceso a la atención médica por parte de las poblaciones más vulnerables. Este compromiso incluye proporcionar asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos que reúnan los requisitos, tanto los que no estén asegurados como los que tengan seguro insuficiente, cuando la capacidad de pago por los servicios represente un obstáculo para acceder a la atención de emergencia y a la atención necesaria desde el punto de vista médico.

## **2.0 Objetivo**

Esta póliza describe los requisitos que el paciente debe cumplir para recibir asistencia financiera para pagar los servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico por medio del programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA). Los requisitos se establecen conforme a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de Estados Unidos y las regulaciones estatales pertinentes que aborden los servicios elegibles, cómo obtener acceso, los criterios de elegibilidad del programa, la estructura de las asignaciones de MFA, el cálculo de los montos de las asignaciones y las acciones permitidas en caso de incumplimiento en el pago de las facturas médicas.

## **3.0 Alcance**

Esta póliza se aplica a los empleados de las siguientes entidades y sus compañías subsidiarias (denominadas colectivamente "KFHP/H"):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals; y
- 3.3** subsidiarias de KFHP/H.
- 3.4** Esta póliza se aplica a los centros de Kaiser Foundation Hospitals y a las clínicas afiliadas a los hospitales que figuran en el ANEXO adjunto, *Sección I, Kaiser Foundation Hospitals*, incorporados en el presente a modo de referencia.

## **4.0 Definiciones**

Consulte el Apéndice A: Glosario de términos.

## **5.0 Disposiciones**

KFHP/H ofrece un programa de MFA sujeto a la comprobación de recursos con el fin de mitigar las limitaciones económicas que impiden el acceso a una atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico. El programa está disponible para pacientes elegibles independientemente de su edad, de si tienen una discapacidad, de su sexo, raza, religión, estado migratorio, orientación sexual, nacionalidad y presencia o ausencia de cobertura de salud.



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 2 de 20</b>

**5.1 Servicios elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.** Excepto que se especifique lo contrario en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*

**5.1.1 Servicios elegibles.** La MFA puede aplicarse a servicios de atención de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico, servicios y productos de farmacia, y suministros médicos brindados en los centros de atención de Kaiser Permanente (KP) (por ejemplo, hospitales, clínicas afiliadas a hospitales, centros médicos y edificios de oficinas médicas), en las farmacias para pacientes externos de KFHP/H o por medio de proveedores de KP. La MFA puede aplicarse a los siguientes productos y servicios:

**5.1.1.1 Servicios necesarios desde el punto de vista médico.**

Atención, tratamiento o servicios indicados o prestados por un proveedor de KP que son necesarios para la prevención, la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica y no por comodidad del paciente o el proveedor de atención médica.

**5.1.1.2 Recetas y suministros de farmacia.** Recetas presentadas en una farmacia para pacientes externos de KFHP/H y escritas por proveedores de KP, proveedores del Departamento de Emergencias no pertenecientes a KP, proveedores de Atención Urgente no pertenecientes a KP y proveedores contratados de KP.

**5.1.1.2.1 Medicamentos genéricos.** Uso preferente de medicamentos genéricos, siempre que sea posible.

**5.1.1.2.2 Medicamentos de marca.** Medicamentos de marca cuando el proveedor de KP receta un medicamento de marca e indica "Surtirlo como dice la receta" (Dispense as Written, DAW) o cuando no hay un equivalente genérico disponible.

**5.1.1.2.3 Suministros de farmacia o medicamentos de venta sin receta** Con una receta u orden escrita por un proveedor de KP y surtida en una farmacia para pacientes externos de KP.

**5.1.1.2.4 Beneficiarios de Medicare.** Se aplica a los beneficiarios de Medicare para los medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D como exención de gastos de farmacia.

**5.1.1.3 Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).** Ordenado por un proveedor de KP conforme a las pautas de DME y suministrado por KFHP/H a un paciente que reúne los requisitos de necesidad desde el punto de vista médico.

**5.1.1.4 Clases de educación para la salud.** Los cargos asociados con las clases disponibles programadas y proporcionadas por

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 3 de 20</b>

KP que recomienda un proveedor de KP como parte del plan de atención del paciente.

**5.1.1.5 Servicios adicionales elegibles a modo de excepción.** En ciertas situaciones que constituyen una excepción, la MFA se podría aplicar a (1) servicios provistos en centro de atención que no es de KP y (2) DME recetado u ordenado por un proveedor de KP y suministrado por un proveedor contratado como se describe a continuación. Para calificar para la excepción, es necesario que el paciente cumpla el criterio de gastos médicos altos descritos en la Sección 5.6.2 a continuación.

**5.1.1.5.1 Servicios de enfermería especializada y servicios de atención intermedia.** Prestados por un centro contratado de KP a un paciente que tiene una necesidad médica indicada para facilitar el alta hospitalaria.

**5.1.1.5.2 Equipo médico duradero (DME).** DME suministrado por proveedores y ordenado por un proveedor de KP conforme a las pautas de DME y suministrado por un proveedor contratado mediante el Departamento de DME de KFHP/H.

**5.1.1.6 Servicios adicionales elegibles disponibles.** Los servicios adicionales elegibles conforme a la póliza de MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*

**5.1.2 Servicios no elegibles.** La MFA no puede aplicarse a:

**5.1.2.1 Servicios que no se consideran de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico, tal como lo determine un proveedor de KP.** Esto incluye, entre otros:

**5.1.2.1.1** cirugía o servicios estéticos, como los servicios de dermatología que sirven principalmente para mejorar la apariencia del paciente;

**5.1.2.1.2** tratamientos para la infertilidad;

**5.1.2.1.3** suministros médicos al por menor;

**5.1.2.1.4** terapias alternativas, incluidos los servicios de acupuntura, de quiropraxia o de masajes;

**5.1.2.1.5** inyecciones y dispositivos para tratar la disfunción sexual;

**5.1.2.1.6** servicios de embarazo por encargo de terceros; y

**5.1.2.1.7** servicios relacionados con casos de responsabilidad de terceros, protección de seguro

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 4 de 20</b>

personal o Worker's Compensation (seguro de los trabajadores).

**5.1.2.1.8 Servicios para pacientes con seguro médico que no es KP.** Servicios que no son de emergencia ni de urgencia y suministros de farmacia para pacientes ambulatorios cubiertos por la cobertura de salud que no es de KP del paciente que haga necesario que los pacientes usen una red específica o proveedores y farmacias preferidos que no son de KP.

**5.1.2.2 Recetas y suministros de farmacia.** Las recetas y los suministros que no se consideran de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico incluyen, entre otros, (1) medicamentos que no han sido aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica; (2) suministros y medicamentos de venta sin receta no recetados o pedidos por un proveedor de KP; y (3) medicamentos excluidos de forma específica (por ejemplo, que estén relacionados con la fertilidad, estética o disfunción sexual).

**5.1.2.3 Recetas para afiliados de Medicare Parte D que sean elegibles o estén inscritos en el Programa de Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS).** El costo compartido restante de los medicamentos recetados para afiliados de Medicare Advantage Parte D que sean elegibles o estén inscritos en el programa LIS, conforme a las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**5.1.2.4 Servicios prestados fuera de los centros de atención de KP.** La póliza de MFA se aplica únicamente a los servicios prestados en los centros de atención de KP por parte de proveedores de KP. Aunque un proveedor de KP lo remita a ellos, ninguno de los demás servicios es elegible para la MFA. Los servicios prestados en oficinas médicas, centros de atención de urgencia y departamentos de emergencias no pertenecientes a KP, así como los servicios de salud domiciliaria, cuidados paliativos, atención de recuperación y atención de custodia quedan excluidos a menos que se identifiquen como una excepción conforme la Sección 5.1.1.5 anterior.

**5.1.2.5 Equipo médico duradero (DME).** Sin importar si lo ordenó un proveedor de KP, el DME suministrado por un proveedor contratado está excluido, a menos que se identifique como excepción conforme la Sección 5.1.1.5 anterior.



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 5 de 20</b>

**5.1.2.6 Primas del plan de salud.** El programa de MFA no brinda asistencia para pagar los gastos relacionados con la cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o las primas).

**5.1.2.7 Servicios adicionales no elegibles.** Los servicios adicionales que no son elegibles conforme a la póliza de MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*

**5.2 Proveedores.** La MFA se aplica únicamente a servicios elegibles brindados por proveedores de atención médica que estén cubiertos por la póliza de MFA, tal como figura en el ANEXO adjunto, *Sección III, Proveedores sujetos y no sujetos a la póliza de MFA.*

**5.3 Fuentes de información del programa e inscripción a la MFA.** Para obtener información adicional sobre el programa de MFA y cómo inscribirse, consulte el ANEXO adjunto, *Sección IV, Información sobre el programa e inscripción a la MFA.*

**5.3.1 Fuentes de información sobre el programa.** El público en general puede acceder sin cargo a copias de la póliza de MFA, formularios de inscripción, instrucciones y resúmenes en lenguaje simple (resúmenes de la póliza o folletos del programa) por medio del sitio web de KFHP/H, por correo electrónico, personalmente o por correo postal de EE. UU.

**5.3.2 Cómo inscribirse a la MFA.** Para solicitar el programa MFA, el paciente debe demostrar una necesidad inmediata a causa de una factura por un saldo pendiente por servicios de KP, una cita programada con KP o una receta médica ordenada por un proveedor de KP para servicios elegibles como se describieron anteriormente. Un paciente puede presentar una solicitud al programa MFA de varias maneras, incluidas en línea, en persona, por teléfono o por solicitud impresa.

**5.3.2.1 Evaluación de pacientes elegibles para programas públicos y privados.** KFHP/H recomienda que todas las personas obtengan cobertura de seguro médico para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para la salud general personal y la protección de los bienes de los pacientes. KFHP/H ofrece asesoría financiera a los pacientes que quieran inscribirse en el programa de MFA con el fin de identificar posibles programas de cobertura de salud públicos y privados que faciliten el acceso a la atención médica. Es posible que un paciente que se considere elegible para cualquier programa de cobertura de salud público o privado deba presentar una solicitud para esos programas.

**5.4 Información necesaria para inscribirse en el programa de MFA.** Para verificar la situación económica del paciente y determinar si es elegible para el programa de MFA u otros programas de cobertura de salud públicos y privados, se requiere toda la información personal y financiera, entre otros datos, del paciente. La MFA puede negarse debido a la falta de información. La información se puede proporcionar por escrito, en persona o por teléfono.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 6 de 20</b>

**5.4.1 Verificación de la situación económica.** La situación económica de un paciente se verifica cada vez que solicita asistencia. Si la situación económica del paciente se puede verificar usando fuentes externas de datos, es posible que el paciente no tenga que proporcionar documentos financieros.

**5.4.2 Suministro de información financiera y de otro tipo.** Si la situación económica de un paciente no se puede verificar usando fuentes externas de datos, es posible que se pida que el paciente presente la información descrita en la solicitud del programa MFA para verificar su situación económica.

**5.4.2.1 Información completa.** La elegibilidad para el programa de MFA se determinará una vez que se haya recibido toda la información personal, financiera, etc. que requiera el programa.

**5.4.2.2 Información incompleta.** Si la información necesaria que se recibió está incompleta, se le avisa al paciente en persona, por correo o por teléfono. El paciente puede presentar la información faltante en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibió el aviso por correo o del día en el que se tuvo la conversación en persona o por teléfono.

**5.4.2.3 La información solicitada no está disponible.** El paciente que no tenga la información requerida para la inscripción al programa puede comunicarse con KFHP/H para analizar otras formas de demostrar su elegibilidad.

**5.4.2.4 Información financiera no disponible.** El paciente debe proporcionar información financiera básica (por ejemplo, ingresos, en caso de que los haya, y fuente) y demostrar su validez cuando (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes externas de datos; (2) la información financiera solicitada no esté disponible; y (3) no exista ninguna otra prueba que pueda demostrar la elegibilidad. Se requiere la información financiera básica y la declaración del paciente cuando el paciente:

**5.4.2.4.1** esté sin hogar; o

**5.4.2.4.2** no tenga ingresos, no reciba un comprobante formal de pago de su empleador (excepto que trabaje por cuenta propia), reciba beneficios monetarios o no haya tenido que presentar una declaración federal o estatal de impuestos en el año anterior; o

**5.4.2.4.3** haya sido afectado por desastre nacional o regional bien conocido (consulte la sección 5.11 a continuación).

**5.4.3 Cooperación del paciente.** Es necesario que el paciente haga esfuerzos razonables por proporcionar toda la información requerida. Si

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 7 de 20</b>

no suministra toda la información requerida, las circunstancias particulares se considerarán y podrían tomarse en cuenta en el momento de determinar su elegibilidad.

**5.5 Determinación de elegibilidad presunta.** Es posible que un paciente que no haya presentado la solicitud sea identificado como elegible para el programa MFA con base en información distinta a la proporcionada por el paciente. Si se determina que es elegible, el paciente no está obligado a proporcionar información personal, financiera y de otro tipo para verificar su situación económica y es posible que reciba una asignación MFA automáticamente. Se presume que un paciente es elegible si el paciente fue precalificado o se le identificó por referencia de deuda incobrable, como se describe a continuación:

**5.5.1 Precalificado.** Se presume que el paciente que el proceso de evaluación financiera determinó que califica para programas de asistencia públicos y privados es elegible para el programa MFA. Se considera un paciente precalificado si el paciente:

**5.5.1.1** esté inscrito en un programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos Comunitaria (Community Medical Financial Assistance, CMFA) para el cual fue remitido y precalificado por medio de (1) el gobierno federal, estatal o local; (2) una organización comunitaria asociada; o (3) un evento comunitario de salud patrocinado por KFHP/H;

**5.5.1.2** esté inscrito en un programa de beneficio comunitario de KP que brinde acceso a la atención médica a pacientes de bajos ingresos y haya sido precalificado por el personal pertinente de KFHP/H;

**5.5.1.3** esté inscrito en un programa confiable de cobertura de salud sujeto a la comprobación de recursos (por ejemplo, el Programa de Subsidio por Bajos Ingresos de Medicare), o

**5.5.1.4** haya recibido una asignación MFA en los últimos 30 días.

**5.5.2 Identificado para referencia de deuda incobrable.** Después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago, un paciente que haya recibido atención en un centro de KP y que tenga indicios de dificultad financiera (por ejemplo, saldos pendientes vencidos) es posible que sea evaluado para comprobar su elegibilidad para el programa usando fuentes de datos externas. Si es elegible, el paciente recibe una asignación de MFA solo para los saldos pendientes elegibles. Los saldos pendientes de servicios calificados podrían no enviarse a cobranza, sujeto a acción de cobro adicional, o incluirse en los gastos de deuda incobrable de KP).

**5.6 Criterios de elegibilidad para el programa.** Tal como se resume en el ANEXO adjunto, *Sección V, Criterios de elegibilidad*, el paciente que solicita MFA podría calificar para tal beneficio según los criterios de comprobación de recursos o de gastos médicos elevados.



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 8 de 20</b>

- 5.6.1 Criterio de comprobación de recursos.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad conforme a estudios socioeconómicos.
- 5.6.1.1 Elegibilidad según el nivel de ingresos.** Un paciente cuyo hogar tenga ingresos familiares brutos menores que o iguales al criterio de comprobación de recursos de KFHP/H, que se expresa como un porcentaje de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), es elegible para recibir asistencia financiera.
- 5.6.1.2 Ingresos del hogar.** Los requisitos respecto a los ingresos se aplican a los miembros del hogar. Un hogar puede estar conformado por una sola persona o por un grupo de dos o más personas que viven juntas y están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Algunos miembros de un hogar pueden ser cónyuges, parejas domésticas calificadas, hijos, familiares cuidadores, hijos de familiares cuidadores y otras personas por quien la persona soltera, cónyuge, pareja doméstica o padre es financieramente responsable que reside en el hogar.
- 5.6.2 Criterios de gastos médicos mayores.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad de gastos médicos mayores.
- 5.6.2.1 Elegibilidad con base en gastos médicos mayores.** Un paciente de cualquier nivel de ingresos del hogar que haya incurrido en gastos médicos y de farmacia de su propio bolsillo para servicios elegibles en un periodo de 12 meses superiores o iguales al 10% del ingreso anual del hogar es elegible para recibir asistencia financiera.
- 5.6.2.1.1 Gastos de su bolsillo en centros de atención de KFHP/H.** Los gastos médicos y de farmacia en los que se incurra en centros de atención de KP incluyen copagos, depósitos, coseguros y deducibles que estén relacionados con servicios elegibles.
- 5.6.2.1.2 Gastos de su bolsillo en centros de atención que no son de KFHP/H.** Incluye gastos médicos, de farmacia y dentales de rutina en centros de atención no pertenecientes a KP, que estén relacionados con servicios elegibles y en los que haya incurrido el paciente (quedan excluidos los descuentos y las rebajas). El paciente debe suministrar documentación que compruebe los gastos médicos de los servicios recibidos en los centros de atención no pertenecientes a KP.
- 5.6.2.1.3 Primas del plan de salud.** Los gastos de su bolsillo no incluyen los cargos asociados a



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 9 de 20</b>

cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o primas).

## 5.7 Denegaciones y apelaciones

**5.7.1 Denegaciones.** Al paciente que se inscriba en el programa de MFA y no reúna los criterios de elegibilidad se le notificará por escrito o verbalmente que su solicitud fue denegada.

**5.7.2 Cómo apelar una denegación de la MFA.** El paciente que considere que su solicitud o su información no se tomó en cuenta de manera adecuada puede apelar la decisión. La carta de denegación de la MFA incluye las instrucciones que deberá seguir para completar el proceso de apelación. Las apelaciones son revisadas por el personal de KFHP/H designado para tal fin.

**5.8 Estructura de las asignaciones.** Las asignaciones de MFA se aplican solo a saldos vencidos o pendientes identificados antes de la referencia de deuda incobrable y cargos pendientes. Las asignaciones de MFA también pueden incluir un periodo de elegibilidad para cualquier servicio de seguimiento requerido según lo determine un proveedor de KP.

**5.8.1 Base de la asignación.** Los costos del paciente pagados por el programa de MFA se determinan con base en si el paciente tiene o no tiene cobertura de atención médica y el ingreso del hogar del paciente.

**5.8.1.1 Pacientes elegibles para la MFA que no tienen cobertura de atención médica (no asegurados).** Los pacientes no asegurados que sean elegibles reciben un descuento en los costos del paciente en todos los servicios elegibles.

**5.8.1.2 Pacientes elegibles para la MFA que tienen cobertura de atención médica (asegurados).** Un paciente asegurado elegible recibe un descuento en el costo del paciente de todos los servicios elegibles (1) de los que el paciente sea personalmente responsable y (2) que su compañía de seguros no pague. Se le pide al paciente que proporcione documentación, por ejemplo, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB), para determinar la parte de la factura que no está cubierta por el seguro.

**5.8.1.2.1 Pagos recibidos de la compañía aseguradora.** El paciente elegible asegurado deberá firmar y ceder a KFHP/H cualquier pago hecho por servicios prestados por KFHP/H que el paciente reciba de su compañía aseguradora.

**5.8.1.3 Programa de descuentos.** La información adicional sobre los descuentos disponibles bajo la póliza se resume en el ANEXO adjunto, *Sección VI, Programa de descuentos*.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 10 de 20</b>

**5.8.1.4 Reembolsos mediante convenios.** KFHP/P buscará obtener un reembolso por medio de convenios con terceros o acuerdos de protección de seguros personales, pagadores u otras partes legalmente responsables, según corresponda.

**5.8.2 Periodo de elegibilidad de las asignaciones.** El periodo de elegibilidad de los servicios de seguimiento comienza a partir de la fecha de aprobación, de la fecha en la que se proporcionaron los servicios o de la fecha en la que se surtieron los medicamentos. La duración del periodo de elegibilidad es solo por tiempo limitado y se determina a discreción de KP en varias formas, incluido:

**5.8.2.1 Periodo específico.** Un máximo de 365 días para servicios de seguimiento elegibles y saldos de costos del paciente pendientes identificados antes de la referencia de deuda incobrable.

**5.8.2.2 Enfermería especializada y atención intermedia.** Un máximo de 30 días para los servicios prestados fuera de KP.

**5.8.2.3 Equipo médico duradero.** Un máximo de 180 días para equipo médico suministrado por un proveedor.

**5.8.2.4 Tratamiento o episodio de atención.** Un máximo de 180 días para un tratamiento o episodio de atención en particular, según lo determine el proveedor de KP.

**5.8.2.5 Pacientes que son potencialmente elegibles para programas públicos o privados de cobertura de salud.** Un máximo de 90 días para asistir a un paciente mientras solicita programas públicos o privados de cobertura de salud.

**5.8.2.6 Asignación única para gastos de farmacia.** Antes de inscribirse al programa de MFA, el paciente es elegible para recibir una asignación única de farmacia si (1) no recibe una asignación de MFA; (2) surte una receta emitida por un proveedor de KP en una farmacia de KFHP/H; y (3) expresa su imposibilidad para pagar el medicamento. La asignación única está limitada a 30 días e incluye un suministro razonable de medicamento, según lo determine el proveedor de KP.

**5.8.2.7 Solicitud de extensión de la asignación.** Un paciente puede volver a solicitar el programa, a partir de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la asignación existente y en cualquier momento después.

**5.8.3 Asignación revocada, cancelada o modificada.** KFHP/H puede revocar, cancelar o modificar la asignación de MFA en ciertos casos, a su total discreción. Las situaciones incluyen:

**5.8.3.1 Fraude, robo o cambios en la situación económica.** Casos de fraude, declaración falsa, robo, cambios en la situación económica del paciente u otra circunstancia que socave la integridad del programa de MFA.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 11 de 20</b>

**5.8.3.2 Elegibilidad para programas públicos y privados de cobertura de salud.** Se evalúa al paciente para determinar si reúne los requisitos para participar en un programa de cobertura de salud público o privado y se da por sentado que es elegible, pero el paciente no coopera con el proceso de solicitud de estos programas.

**5.8.3.3 Otras fuentes de pago identificadas.** La cobertura de salud u otras fuentes de pago identificadas después de que el paciente recibe una asignación de MFA genera cargos de facturación doble retroactiva por los servicios elegibles. Si esto ocurre, al paciente no se le cobra la parte de la factura (1) de la que sea personalmente responsable y (2) que su cobertura de salud u otra fuente de pago no cubra.

**5.8.3.4 Cambio en la cobertura de salud.** Al paciente que experimente un cambio en su cobertura de atención médica se le pedirá que vuelva a presentar una solicitud para el programa de MFA.

**5.9 Límite de los cargos.** Está prohibido cobrar a los pacientes elegibles para la MFA los montos totales en dólares (es decir, el costo bruto) de los cargos hospitalarios elegibles prestados en un centro de Kaiser Foundation Hospitals. El paciente que haya recibido servicios hospitalarios elegibles en un centro de Kaiser Foundation Hospitals y sea elegible para el programa de MFA, pero no haya recibido o haya rechazado una asignación de MFA, no deberá pagar más que los montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB) por dichos servicios.

**5.9.1 Montos generalmente facturados.** Los montos generalmente facturados (AGB) por la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico que reciben las personas aseguradas en los centros de atención de KP se describen en el ANEXO adjunto, *Sección VII, Bases para calcular los montos generalmente facturados (AGB)*.

**5.10 Acciones de cobro.**

**5.10.1 Esfuerzos razonables de notificación.** KFHP/H o una agencia de cobranza que actúe en su nombre harán todo lo posible para informar sobre el programa de MFA a los pacientes que tengan saldos vencidos o pendientes. Los esfuerzos razonables de notificación incluyen:

**5.10.1.1** Proporcionar una nota escrita dentro de los 120 días posteriores al primer estado de cuenta luego del alta hospitalaria, donde se informe al titular de la cuenta que la MFA está disponible para los pacientes que califican.

**5.10.1.2** Proporcionar una nota escrita con el listado de acciones extraordinarias de cobro (extraordinary collection actions, ECA) que KFHP/H o una agencia de cobranza piensan iniciar para la liquidación del saldo del costo del paciente, y el plazo para dichas acciones, que no podrá ser inferior a los 30 días desde la recepción de la nota escrita.



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 12 de 20</b>

**5.10.1.3** Proporcionar un resumen de la póliza MFA en lenguaje simple junto con el primer estado de cuenta hospitalaria del paciente.

**5.10.1.4** Intentar notificar verbalmente al titular de la cuenta sobre la póliza de MFA y cómo obtener asistencia durante el proceso de inscripción a la MFA.

**5.10.1.5** Determinar elegibilidad al programa cuando se solicite, antes de que los saldos del paciente vencidos o pendientes se transfieran a una agencia de cobranza.

**5.10.2 Acciones extraordinarias de cobro suspendidas.** KFHP/H no realiza ni permite que las agencias de cobranza que actúan en su nombre realicen acciones extraordinarias de cobro (ECA) contra un paciente si:

**5.10.2.1** El paciente cuenta con una asignación MFA activa; o

**5.10.2.2** El paciente inició el proceso de solicitud de MFA luego de que las acciones ECA comenzaron. Las acciones ECA serán suspendidas hasta que se llegue a una determinación definitiva en cuanto a la elegibilidad.

**5.10.3 Acciones extraordinarias de cobro permitidas.**

**5.10.3.1 Determinación definitiva de los esfuerzos razonables.** Antes de iniciar las acciones ECA, el líder regional de Servicios Financieros para Pacientes y Ciclo de Facturación debe asegurarse de lo siguiente:

**5.10.3.1.1** realizar todos los esfuerzos razonables para notificar al paciente sobre el programa de MFA, y

**5.10.3.1.2** que el paciente haya tenido al menos 240 días desde la primera facturación para solicitar la MFA.

**5.10.3.2 Presentación de informes a las agencias de crédito al consumidor y oficinas crediticias.** KFHP/H o una agencia de cobranza que actúe en su nombre pueden proporcionar información desfavorable a agencias de informes de crédito y oficinas crediticias.

**5.10.3.3 Acciones judiciales o civiles.** Antes de iniciar cualquier tipo de acción judicial o civil, KFHP/H valida la situación económica del paciente mediante fuentes externas de información a fin de determinar si es elegible para el programa de MFA.

**5.10.3.3.1 Elegible para la MFA.** No se tomarán medidas adicionales contra los pacientes que sean elegibles para el programa de MFA. Las cuentas que califiquen para la MFA se cancelarán y devolverán retrospectivamente.

**5.10.3.3.2 No elegible para la MFA.** En algunos casos, se podrán tomar las siguientes medidas con la



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 13 de 20</b>

aprobación previa del director o controlador financiero:

- 5.10.3.3.2.1** Embargo del salario.
- 5.10.3.3.2.2** Demandas o acciones civiles. No se iniciarán acciones legales contra las personas que estén desempleadas y no tengan otro ingreso significativo.
- 5.10.3.3.2.3** Derechos de retención sobre las residencias.

**5.10.4 Acciones extraordinarias de cobro no permitidas.** En ningún caso KFHP/H realiza ni permite que agencias de cobranza realicen las siguientes acciones:

- 5.10.4.1** postergar, denegar o exigir un pago para brindar atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico a un titular de cuenta debido a la falta de pago de un saldo anterior.
- 5.10.4.2** vender la deuda de un titular de cuenta a un tercero
- 5.10.4.3** iniciar juicio hipotecario sobre la propiedad o embargo de cuentas
- 5.10.4.4** solicitar una orden de arresto
- 5.10.4.5** solicitar órdenes de comparecencia inmediata

**5.11 Respuesta ante desastres.** Es posible que KFHP/H modifique temporalmente los criterios de elegibilidad y los procesos de solicitud del programa MFA para mejorar la asistencia disponible para las comunidades y los pacientes afectados por un evento de conocimiento general que sea calificado como un desastre por el gobierno estatal o federal.

**5.11.1 Modificaciones potenciales de elegibilidad.** Es posible que los cambios temporales a los criterios de elegibilidad del MFA incluyan:

- 5.11.1.1** suspender las restricciones de elegibilidad
- 5.11.1.2** aumentar el umbral de criterios de comprobación de recursos
- 5.11.1.3** reducir el umbral de criterios de gastos médicos elevados

**5.11.2 Modificaciones potenciales al proceso de solicitud.** Es posible que los cambios temporales al proceso de solicitud de MFA incluyan:

- 5.11.2.1** Dejar que los pacientes proporcionen información financiera básica (por ejemplo, ingresos, en caso de que los haya, y fuente) y demostrar su validez cuando (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes externas de datos; (2) la información financiera solicitada no esté disponible debido al evento, y (3) no exista ninguna otra prueba que pueda demostrar la elegibilidad.
- 5.11.2.2** Tener en cuenta el impacto de la pérdida de salarios o empleo en el futuro debido al evento al determinar el ingreso del hogar.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 14 de 20</b>

**5.11.3 Información disponible para el público.** La información que describa los cambios temporales al programa de MFA está a disposición del público en la página web del programa de MFA y en los centros de atención de KP en las zonas afectadas.

## **6.0 Referencias/Anexos**

- 6.1** Apéndice A: Glosario de Términos
- 6.2** Leyes, regulaciones y recursos
  - 6.2.1** Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act), Ley Pública 111-148 (124 Estatuto 119 [2010])
  - 6.2.2** Registro federal y pautas federales anuales de pobreza
  - 6.2.3** Publicación del Servicio de Impuestos Internos, Instrucciones de 2014 para el Anexo H (Formulario 990)
  - 6.2.4** Aviso del Servicio de Impuestos Internos 2010-39
  - 6.2.5** Código del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service Code), Artículo 26, Secciones 1, 53 y 602 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58: Requisitos Adicionales para Hospitales de Beneficencia
  - 6.2.6** California Hospital Association: Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, edición 2015
  - 6.2.7** Catholic Health Association of the United States: A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, edición 2012
- 6.3** Listados de proveedores
  - 6.3.1** Los listados de proveedores se encuentran disponibles en los sitios web de KFHP/H para:
    - 6.3.1.1** Kaiser Permanente de Hawaii
    - 6.3.1.2** Kaiser Permanente del Noroeste
    - 6.3.1.3** Kaiser Permanente del Norte de California
    - 6.3.1.4** Kaiser Permanente del Sur de California
    - 6.3.1.5** Kaiser Permanente de Washington

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 15 de 20</b>

## Apéndice A Glosario de términos

**La MFA comunitaria (Community MFA, CMFA)** hace referencia a programas de asistencia financiera médica planificados que colaboran con organizaciones comunitarias y de protección social a fin de brindar acceso a atención necesaria desde el punto de vista médico a pacientes de bajos ingresos no asegurados o con seguro insuficiente en los centros de atención de KP.

**Agencia de cobranza** se refiere a una persona que por acción directa o indirecta, realiza prácticas de cobranza o intenta cobrar una deuda, o presunta deuda, a un acreedor o comprador de deudas.

**El equipo médico duradero (DME)** incluye, entre otros, bastones estándar, muletas, nebulizadores, suministros que se proporcionan como parte de los beneficios, unidades de tracción para puerta de uso en el hogar, sillas de ruedas, andaderas, camas de hospital y oxígeno para uso en el hogar, según se especifique en los criterios del DME. El DME no incluye suministros ortopédicos, protésicos (por ejemplo, férulas o aparatos ortopédicos dinámicos, y laringe artificial y suministros), suministros de venta sin receta y artículos blandos (por ejemplo, suministros urológicos y para heridas).

**Paciente elegible** es una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en la presente póliza, ya sea que el paciente (1) no esté asegurado; (2) reciba cobertura por medio de un programa público (por ejemplo, Medicare, Medicaid o cobertura de atención médica subsidiada adquirida mediante el intercambio de seguros médicos); (3) esté asegurado por un plan de salud no perteneciente a KFHP; o (4) esté cubierto por KFHP.

**Fuentes de datos externas** son proveedores terceros que se usan para revisar la información personal del paciente para evaluar la necesidad financiera por medio de un modelo basado en bases de datos de registros públicos que evalúan a cada paciente de acuerdo con los mismos estándares para calcular el puntaje de la capacidad financiera de un paciente.

**Las pautas federales de pobreza (FPG)** establecen los niveles de ingresos anuales para determinar la pobreza según lo estipulado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se actualizan cada año en el Registro Federal.

**Asesoramiento financiero** es el proceso que se usa para ayudar a los pacientes a explorar las diversas opciones de financiamiento y cobertura de salud que tienen a su disposición para pagar los servicios prestados en los centros de atención de KP. Los pacientes que pueden buscar asesoramiento financiero incluyen, entre otros, los que pagan sus propios gastos, los que no están asegurados, los que tienen seguro insuficiente y los que manifestaron la incapacidad de pagar la totalidad de sus obligaciones.

**Sin hogar** describe el estado de una persona que vive en alguno de los lugares que se describen a continuación, o bien, que se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- En lugares que no están destinados a ser habitados por seres humanos, como automóviles, parques, banquetas, edificios abandonados (en la calle).
- En un refugio de emergencia.
- En una vivienda transitoria o de apoyo a las personas sin hogar que provengan originalmente de las calles o de refugios de emergencia.
- En cualquiera de los lugares mencionados anteriormente, pero que esté en un hospital o alguna otra institución durante un periodo corto (hasta 30 días consecutivos).

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 16 de 20</b>

### **Apéndice A Glosario de términos (continuación)**

- Lo desalojarán de una unidad de vivienda privada en un plazo de una semana o está escapando de una situación de violencia doméstica sin tener una residencia subsiguiente identificada y carece de los recursos y las redes de apoyo necesarias para obtener una vivienda.
- En el lapso de una semana lo darán de alta de una institución, como un centro de salud mental o de tratamiento para el abuso de sustancias, en la que la persona haya residido durante más de 30 días consecutivos y no se haya identificado una residencia subsiguiente y la persona carezca de los recursos económicos y las redes sociales de apoyo necesarias para obtener una vivienda.

**KP** incluye a Kaiser Foundation Hospitals y clínicas afiliadas al hospital, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Group y sus respectivas compañías subsidiarias, excepto Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

**Los centros de atención de KP** incluyen cualquier establecimiento físico, como el sector interior y exterior de un edificio, que esté arrendado o sea propiedad de KP para llevar a cabo las operaciones comerciales de KP, incluida la prestación de servicios de atención médica (por ejemplo, un edificio, piso o unidad de KP, u otras áreas interiores o exteriores de un edificio no perteneciente a KP).

**Sujeto a comprobación de recursos** es un método que consiste en utilizar las fuentes externas de información o los datos suministrados por el paciente a fin de determinar su elegibilidad para un programa de cobertura pública o de MFA con base en si el ingreso de la persona es mayor al porcentaje especificado por las pautas federales de pobreza.

**La Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)** brinda asignaciones monetarias para pagar gastos médicos a pacientes elegibles que no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios, productos o medicamentos necesarios desde el punto de vista médico y que ya han agotado las opciones públicas y privadas. Es necesario que las personas cumplan los criterios del programa para recibir la asistencia para cubrir algunos o todos los costos de la atención médica del paciente.

**Los suministros médicos** se refieren al material médico no reutilizable, como férulas, cabestrillos, vendaje para heridas y vendajes que coloca un proveedor de atención médica autorizado cuando proporciona servicios necesarios desde el punto de vista médico, y no incluye los materiales que el paciente compra u obtiene de otras fuentes.

**Costo del paciente** se refiere a la parte de los cargos facturados al paciente por la atención recibida en centros de atención de KP (por ejemplo, hospitales, clínicas afiliadas al hospital, edificios de consultorios médicos y farmacias para pacientes ambulatorios) que no son reembolsados por el seguro o un programa de atención médica financiada públicamente.

**La exención de gastos de farmacia** brinda asistencia financiera a miembros del plan KP Senior Advantage de Medicare Parte D que no pueden pagar el costo compartido de los medicamentos recetados para pacientes externos cubiertos por Medicare Parte D.

**Red de seguridad** se refiere a un sistema de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proporcionan servicios de atención médica directa a personas con seguro insuficiente y desfavorecidas en un establecimiento comunitario como un hospital público, una clínica comunitaria, una iglesia, un refugio para personas sin hogar, una unidad de salud móvil, una escuela, etc.

**Con seguro insuficiente** es una persona que, a pesar de tener cobertura de atención médica, debe pagar primas de seguro, copagos, coseguros y deducibles que presentan una carga financiera tan importante que el paciente retrasa o no recibe los servicios de atención médica necesarios debido a los gastos de su bolsillo.



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 17 de 20</b>

**Apéndice A**  
**Glosario de términos (continuación)**

**No asegurado** es una persona que no tiene seguro de atención médica ni asistencia financiera estatal o federal que le ayude a pagar los servicios de atención médica.

**Las poblaciones vulnerables** incluyen grupos demográficos cuya salud y bienestar se consideran en mayor riesgo en comparación con la población general, debido al estado socioeconómico, enfermedades, etnia, edad o cualquier factor que los haga vulnerables.

**Orden de comparecencia** se refiere al proceso iniciado por un tribunal que exige a las autoridades que lleven a una persona que ha sido declarada en desacato civil a comparecer ante el tribunal, similar a una orden de detención.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 18 de 20</b>

**ANEXO: Kaiser Permanente Northern California**

**FECHA DE VIGENCIA DEL ANEXO: 1.º de enero de 2022**

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Esta póliza se aplica a todos los centros de atención de KFHP/H (por ejemplo, hospitales, clínicas afiliadas a los hospitales, centros médicos y edificios de consultorios médicos) y farmacias para pacientes ambulatorios. Kaiser Foundation Hospitals en el Norte de California incluye:

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

Importante: Kaiser Foundation Hospitals cumple con las Políticas de Precios Justos en Atención Hospitalaria del Código de Salud y Seguridad de California (California Health & Safety Code), Sección 127400.

**II. Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.**

- a. **Transporte para pacientes sin hogar.** Disponible para un paciente sin hogar en situaciones de emergencia y que no son de emergencia para facilitar el alta de los hospitales de KP o de los Departamentos de Emergencias de KP.
- b. **Servicios adicionales no elegibles.**
  - i. audífonos
  - ii. suministros ópticos
  - iii. **Gastos asociados con el costo compartido (Share of Cost, SoC) de Medi-Cal.** El SoC se considera una parte esencial del programa Medi-Cal. Fue diseñado para brindar asistencia a los beneficiarios de Medi-Cal que se encuentran en el extremo superior del umbral de ingresos. La MFA no puede aplicarse a los montos del SoC, ya que el estado determina que el SoC es una cantidad que el paciente debe pagar antes de que sea elegible para Medicaid.

**III. Proveedores sujetos y no sujetos a la póliza de MFA.** El listado de proveedores de Kaiser Foundation Hospitals que están y no están sujetos a la póliza de MFA está disponible para el público en general, de forma gratuita, en el sitio web de MFA de KFHP/H en [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) (en inglés).

**IV. Información del programa y cómo solicitar MFA.** La información del programa de MFA, como copias de la política de MFA, formularios de solicitud, instrucciones y



<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 19 de 20</b>

resúmenes en lenguaje sencillo (por ejemplo, folletos del programa) está disponible para el público en general, sin costo, en formato electrónico o copia impresa. El paciente puede presentar una solicitud para el programa de MFA durante o después de que reciba atención en KFHP/H de varias formas, que incluyen en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito. (Consulte las secciones 5.3 y 5.4. anteriores).

- a. **Llene y envíe una solicitud en línea en el sitio web de KFHP/H.** Un paciente puede comenzar y enviar la solicitud de información electrónicamente en el sitio web de MFA en [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) (en inglés).
- b. **Descargue la información del programa del sitio web de KFHP/H.** Las copias electrónicas de la información del programa están disponibles en el sitio web de MFA en [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) (en inglés).
- c. **Solicite la información del programa de manera electrónica.** Puede solicitar copias electrónicas de la información del programa por correo electrónico.
- d. **Obtenga información del programa o haga la solicitud en persona.** Puede obtener información sobre el programa en los departamentos de Admisiones, Emergencias y Asesores Financieros para Pacientes de los centros de Kaiser Foundation Hospitals que figuran en la Sección I, *Kaiser Foundation Hospitals*.
- e. **Solicite información del programa o presente la solicitud por teléfono.** Puede comunicarse por teléfono con un asesor, quien le brindará información, determinará su elegibilidad para el programa y le ayudará a solicitar la MFA. Comuníquese con un asesor al:

Número de teléfono: 1-800-390-3507

- f. **Solicite información del programa o presente la solicitud por correo postal.** El paciente puede pedir información del programa y solicitar MFA presentando una solicitud llenada para el programa de MFA por correo. Las solicitudes de información y las solicitudes para el programa se pueden enviar a:

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

- g. **Entregue en persona la solicitud llenada.** Los formularios llenados pueden entregarse personalmente en los departamentos de Admisiones o Asesores Financieros para Pacientes de cada centro de Kaiser Foundation Hospitals.

**V. Criterios de elegibilidad.** Los ingresos familiares del paciente se toman en cuenta para determinar la elegibilidad para obtener MFA. (Consulte la Sección 5.6.1 anterior).

- a. criterios de comprobación de recursos: hasta el 400% de las pautas federales de pobreza.
- b. Los miembros de KFHP que tienen un deducible deben cumplir con los criterios de gastos médicos elevados para ser elegibles para el programa.

<b>Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Número de póliza: NATL.CB.307</b>
<b>Departamento a cargo: National Community Benefit</b>	<b>Fecha de entrada en vigor: 1.º de febrero de 2021</b>
<b>Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos</b>	<b>Página: 20 de 20</b>

- VI.** Los miembros de KFHP que tienen un deducible deben cumplir con los criterios de gastos médicos elevados para ser elegibles para el programa. **Lista de descuentos.** Los montos que KP cobra a un paciente que cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera para gastos médicos se basan en el tipo de criterios de elegibilidad que se usan para determinar la elegibilidad del paciente para el programa.
- a. El paciente cumple con los criterios de comprobación de recursos.** Un paciente que cumpla con los criterios de comprobación de recursos recibirá un descuento del 100% en los costos del paciente o en la parte de los cargos por los servicios proporcionados por la que el paciente sea responsable.
  - b. El paciente cumple con los criterios de gastos médicos elevados.** Un paciente que cumpla con los criterios de gastos médicos elevados recibirá un descuento del 100% en los costos del paciente o en los cargos por los servicios proporcionados por los que el paciente sea responsable.
- VII. Base para calcular los montos generalmente facturados (AGB).** KFHP/H determina los montos generalmente facturados (AGB) para cualquier atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico mediante un método inverso, es decir, multiplicando los cargos brutos de la atención médica por la tasa de AGB. Para obtener más información sobre la tasa de AGB y el cálculo de los montos, visite el sitio web de MFA de KFHP/H en [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) (en inglés).
- VIII. Reembolsos.** En los casos en los que el paciente haya solicitado y se le haya aprobado la MFA, se hará un reembolso por cualquier monto recibido que supere lo que KFHP/H esperaría que pague Medicare, Medi-Cal u otro pagador gubernamental, por servicios hospitalarios o profesionales.
- a.** El interés se acumulará a la tasa establecida en la Sección 685.010 del Código Procesal Civil, a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago por parte del paciente. La tasa actual es del 10%.