



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 1 de 21

1.0 Énoncé de politique

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) et Kaiser Foundation Hospitals (KFH) s'engagent à offrir des programmes qui facilitent l'accès des populations vulnérables aux soins. Cet engagement inclut la fourniture de l'aide financière aux patients admissibles à faible revenu, non assurés et sous-assurés, lorsque la capacité de paiement est une barrière à l'accès aux soins d'urgence et médicalement nécessaires.

2.0 Objectif

Cette politique décrit les critères d'admissibilité et de réception de l'aide financière pour l'accès aux services d'urgence et médicalement nécessaires au travers du programme d'aide financière pour l'accès aux services de santé (Medical Financial Assistance, MFA). Ces critères sont conformes à la Section 501(r) du Code américain des taxes intérieures et à la réglementation nationale applicable se rapportant aux services admissibles, aux conditions d'accès, aux critères d'admissibilité au programme, à la structure des aides MFA, à la base du calcul des montants des aides et aux mesures permises en cas de non-paiement des frais médicaux.

3.0 Portée

Cette politique s'applique aux employés qui travaillent pour le compte des établissements suivants et de leurs filiales (désignés collectivement comme «KFHP/H») :

3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.2 Kaiser Foundation Hospitals ; et

3.3 filiales de KFHP/H.

3.4 Cette politique s'applique aux établissements se rattachant à la Kaiser Foundation Hospitals et aux cliniques affiliées aux hôpitaux énumérés à l'AVENANT ci-joint, *Section I, Kaiser Foundation Hospitals*. Ils sont intégrés aux présentes à titre de référence.

4.0 Définitions

Voir l'Annexe A – Glossaire des termes.

5.0 Dispositions

KFHP/H soutient un programme MFA lié aux ressources pour réduire les barrières financières qui empêchent les patients admissibles d'avoir accès aux soins d'urgence et médicalement nécessaires, nonobstant les paramètres suivants : l'âge, l'invalidité, le sexe, la race, l'appartenance religieuse, le statut social ou d'immigrant, l'orientation sexuelle, l'origine nationale et le fait que le/la patient(e) bénéficie ou non d'une couverture médicale.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 2 de 21

5.1 Services admissibles et non admissibles aux termes de la politique MFA.
 Sauf dispositions contraires mentionnées à l'AVENANT ci-joint, *Section II, Services admissibles et non admissibles supplémentaires en vertu de la politique MFA.*

5.1.1 Services admissibles. La MFA peut s'appliquer aux services de soins de santé d'urgence ou médicalement nécessaires, aux services et produits pharmaceutiques et aux fournitures médicales offerts par les établissements Kaiser Permanente (KP) (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux et cabinets médicaux), les pharmacies ambulatoires KFHP/H ou les prestataires KP. La MFA peut s'appliquer aux services et produits dont les descriptions suivent ci-dessous :

5.1.1.1 Services médicalement nécessaires. Les soins, traitements ou services demandés ou fournis par un fournisseur KP, qui sont nécessaires à la prévention, l'évaluation, le diagnostic ou le traitement d'un état pathologique, et qui ne s'avèrent pas essentiellement pratiques pour le patient ou le fournisseur de soins de santé.

5.1.1.2 Ordonnances et fournitures pharmaceutiques. Les ordonnances rédigées par des prestataires KP et présentées dans une pharmacie accueillant les patients externes KFHP/H, les prestataires de services d'urgence non KP, les prestataires de soins d'urgence non KP et les fournisseurs contractuels KP.

5.1.1.2.1 Médicaments génériques. Le recours privilégié aux médicaments génériques, si possible.

5.1.1.2.2 Médicaments de marque. Les médicaments de marque déposée prescrits par un fournisseur KP dont l'ordonnance porte la mention «Non substituable» (Dispense as Written, DAW), ou pour lesquels aucun médicament générique équivalent n'est disponible.

5.1.1.2.3 Médicaments sans ordonnance ou fournitures pharmaceutiques. Accompagnés d'une ordonnance ou d'une demande rédigée par un fournisseur KP et obtenus dans une pharmacie accueillant les patients externes KP.

5.1.1.2.4 Bénéficiaires de Medicare. Cette disposition s'applique aux bénéficiaires de Medicare pour les médicaments sur ordonnance couverts par la Partie D du programme Medicare sous la forme d'une renonciation de la pharmacie.

5.1.1.3 Équipement médical durable (Durable Medical Equipment, DME). Commandé par un prestataire KP conformément aux directives DME et fournir par KFHP/H à un(e) patient(e) qui remplit les critères médicalement nécessaires.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 3 de 21

5.1.1.4 Cours de formation en santé. Les frais connexes aux cours disponibles prévus et offerts par KP qui sont recommandés par un fournisseur KP en tant que volet du plan de soins du patient.

5.1.1.5 Services disponibles à titre exceptionnel. Dans certaines situations qui constituent une exception, MFA peut s'appliquer aux (1) services rendus par un établissement non-KP et (2) DME prescrit ou commandé par un prestataire KP et fournis par un contractuel/fournisseur comme décrit ci-dessous. Pour bénéficiaire de l'exception, le/la patient(e) doit remplir les critères de frais médicaux élevés décrits à la Section 5.6.2 ci-dessous.

5.1.1.5.1 Services infirmiers qualifiés et Services de soins intermédiaires. Fournis par un établissement KP contractuel à un(e) patient(e) présentant un besoin médical prescrit pour favoriser la sortie de l'hôpital d'un patient hospitalisé.

5.1.1.5.2 Équipement médical durable (DME). Approvisionnement d'DME commandé par un prestataire KP, conformément aux directives DME et livré par un fournisseur contractuel par l'intermédiaire du Service des DME de KFHP/H.

5.1.1.6 Autres services admissibles disponibles. Les services non admissibles supplémentaires en vertu de la politique MFA sont définis dans l'AVENANT ci-joint, *Section II, Services admissibles et non admissibles supplémentaires en vertu de la politique MFA.*

5.1.2 Services non admissibles. La MFA ne s'applique pas dans les cas suivants :

5.1.2.1 Les services qui ne sont pas considérés comme urgents ou médicalement nécessaires selon l'avis d'un prestataire KP. Ces services comprennent, sans en exclure d'autres :

5.1.2.1.1 les chirurgies or services esthétiques, incluant les services de dermatologie effectués principalement aux fins d'améliorer l'apparence d'un(e) patient(e),

5.1.2.1.2 les traitements d'infertilité,

5.1.2.1.3 les fournitures médicales au détail,

5.1.2.1.4 les thérapies non conventionnelles, y compris les services d'acupuncture, de chiropractie et de massage,

5.1.2.1.5 les injections et dispositifs destinés au traitement de la dysfonction sexuelle,

5.1.2.1.6 les services de maternité de substitution, et



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 4 de 21

5.1.2.1.7 Les services relatifs aux affaires de responsabilité civile, de protection d'assurance personnelle ou d'indemnisation des accidentés du travail.

5.1.2.1.8 Services pour les Patients avec l'Assurance santé non KP. Les services hors secours et urgence et les fournitures de pharmacie ambulatoire qui sont couverts par la couverture de santé non KP du/de la patient(e) qui exigent de la part des patients de faire appel à un réseau spécifique de prestataires et de pharmacies non KP favoris.

5.1.2.2 Ordonnances et fournitures pharmaceutiques. Les ordonnances et fournitures qui ne sont pas considérées comme urgentes ou médicalement nécessaires comprennent, mais sans s'y limiter, (1) les médicaments qui n'ont pas été approuvés par le comité de pharmacologie et de thérapeutique, (2) les médicaments ou fournitures en vente libre qui ne sont pas prescrits ou commandés par un prestataire KP, (3) les médicaments spécifiquement exclus (par ex. : fertilité, esthétique, dysfonction sexuelle).

5.1.2.3 Ordonnances des participants admissibles ou inscrits au programme d'assistance aux patients à faible revenu (Low Income Subsidy, LIS) conformément aux dispositions de Medicare, Partie D. La quote-part restante des médicaments délivrés sur ordonnance aux participants bénéficiant du programme Medicare, Partie D, portant sur les prestations, qui sont soit admissibles au programme LIS, soit inscrits à ce programme, conformément aux directives liées aux Centres des services Medicare et Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Services fournis en dehors des établissements de santé KP. La politique MFA s'applique seulement aux services fournis dans les établissements KP, par des fournisseurs KP. Même en cas de recommandation de la part d'un fournisseur KP, tous les autres services ne sont pas admissibles à la MFA. Les services fournis dans les cabinets médicaux non KP, les établissements de soins et les services d'urgence non KP, aussi bien que les soins à domicile, les soins palliatifs, les soins de convalescence et les services de soins de garde sont exclus, sauf ceux identifiés comme une exception conformément à la Section 5.1.1.5 ci-dessus.

5.1.2.5 Équipement médical durable (DME). Qu'il s'agisse ou non d'une commande par un prestataire KP, l'DME fourni par un fournisseur sous contrat est exclu, sauf s'il est identifié comme une exception conformément à la Section 5.1.1.5 ci-dessus.



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 5 de 21

5.1.2.6 Cotisations relatives au régime de soins médicaux. Le Programme MFA n'aide pas les patients à s'acquitter des frais liés à une protection en soins de santé (par ex. les droits d'adhésion ou les cotisations).

5.1.2.7 Autres services non admissibles. Les services non admissibles supplémentaires en vertu de la politique MFA sont définis dans l'AVENANT ci-joint, *Section II, Services admissibles et non admissibles supplémentaires en vertu de la politique MFA.*

5.2 Prestataires. La MFA s'applique uniquement aux services admissibles offerts par les prestataires de soins médicaux soumis à la politique MFA suivant les indications de l'AVENANT ci-joint, *Section III, Fournisseurs soumis et non soumis à la politique MFA.*

5.3 Sources de renseignements sur le programme et modalités d'inscription à la MFA. Les renseignements supplémentaires sur le programme MFA et les modalités d'inscription sont résumés dans l'AVENANT ci-joint, *Section IV, Renseignements sur le programme et Modalités d'inscription à la MFA.*

5.3.1 Sources de renseignements sur le programme. Des copies de la politique MFA, des formulaires de demande, les directives et des résumés clairs et simples (résumés de la politique ou brochures du programme) sont disponibles au grand public, gratuitement, sur le site Internet de KFHP/H, par courriel, en personne ou par le service postal américain.

5.3.2 Demande d'inscription à MFA. Pour présenter une demande d'inscription au programme MFA, un(e) patient(e) est tenu(e) de démontrer un besoin immédiat causé par une facture pour un solde impayé pour les services KP, un rendez-vous fixé avec KP, ou une ordonnance pharmaceutique commandées par un prestataire KP pour les services admissibles comme décrit ci-dessus. Un(e) patient(e) peut postuler pour le programme MFA selon plusieurs modalités, en ligne, en personne, au téléphone ou par demande papier.

5.3.2.1 Sélection des patients pour l'admissibilité au programme public et privé. KFHP/H encourage chacun à obtenir une couverture d'assurance santé pour garantir l'accès aux services de soins de santé, pour la santé personnelle générale et pour protéger les biens des patients. KFHP/H offre des conseils financiers aux patients qui font une demande d'inscription au programme MFA afin d'identifier des programmes de couverture médicale publics et privés potentiels susceptibles de couvrir les besoins d'accès aux soins de santé. Un(e) patient(e) présumé(e) admissible à des programmes de couverture médicale publics ou privés est amené(e) à déposer une demande d'inscription à ces programmes.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 6 de 21

5.4 Renseignements nécessaires pour l'inscription à la MFA. Tous les renseignements personnels, financiers et autres renseignements sont requis pour la vérification de la situation financière d'un(e) patient(e), afin de déterminer son admissibilité au programme MFA, ainsi que pour les programmes de couverture médicale publics et privés. L'accès à la MFA peut être refusé pour renseignements incomplets. Les renseignements peuvent être fournis par écrit, en personne ou par téléphone.

5.4.1 Vérification de la situation financière. La situation financière d'un(e) patient(e) est vérifiée chaque fois que le/la patient(e) demande une aide. Si la situation financière d'un(e) patient(e) peut être vérifiée à l'aide de sources de données externes, le/la patient(e) peut ne pas être appelé(e) à fournir des documents justifiant sa situation financière.

5.4.2 Fourniture de renseignements financiers et d'autres types de renseignements. Si la situation financière d'un(e) patient(e) ne peut être vérifiée à partir de sources de données externes, le/la patient(e) peut être appelé(e) à soumettre les renseignements décrits dans le formulaire d'inscription au programme MFA pour vérifier sa situation financière.

5.4.2.1 Renseignements complets. L'admissibilité au programme MFA est déterminée dès la réception de tous les renseignements personnels, financiers et d'autres types de renseignements.

5.4.2.2 Renseignements incomplets. Un(e) patient(e) est informé(e) en personne, par la poste ou par téléphone si les renseignements exigés qui ont été reçus sont incomplets. Le/la patient(e) peut déposer les renseignements manquants dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de l'avis, de la conversation en personne ou de l'appel téléphonique.

5.4.2.3 Indisponibilité des renseignements exigés. Un(e) patient(e) qui ne possède pas les renseignements exigés qui sont décrits dans le formulaire de demande d'inscription au programme peut contacter KFHP/H pour discuter des autres preuves disponibles qui peuvent établir son admissibilité.

5.4.2.4 Indisponibilité des renseignements financiers. Un(e) patient(e) doit fournir des renseignements financiers de base (par ex. le revenu, le cas échéant, et la source) et attester de leur validité si (1) sa situation financière ne peut être vérifiée à l'aide de sources de données externes, (2) les renseignements financiers requis sont indisponibles et (3) il n'existe aucune autre preuve pouvant démontrer son admissibilité. Des renseignements financiers de base et une attestation sont exigés du/de la patient(e) si celui/celle-ci :

5.4.2.4.1 est sans abri ; ou



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 7 de 21

5.4.2.4.2 n'a pas de revenu, ne reçoit pas un bulletin de salaire formel de son employeur (à l'exception des travailleurs indépendants), reçoit des dons monétaires, ou n'était pas obligé(e) de soumettre une déclaration de revenus fédérale ou de l'État au cours de l'année d'imposition précédente ; ou

5.4.2.4.3 A été touché par une catastrophe nationale ou régionale connue (Voir la Section 5.11 ci-dessous).

5.4.3 Coopération du/de la patient(e). Un(e) patient(e) doit faire des efforts raisonnables pour fournir tous les renseignements demandés. Si tous les renseignements demandés sont fournis, les circonstances sont retenues et peuvent être prises en compte dans la détermination de l'admissibilité.

5.5 Détermination d'admissibilité présumée. Un(e) patient(e) qui n'a déposé de demande peut être identifié(e) comme admissible au programme MFA en fonction des renseignements autres que ceux fournis par le/la patient(e). En cas d'admissibilité, le/la patient(e) n'est pas tenu(e) de fournir des renseignements personnels, financiers ou d'autre nature pour vérifier la situation financière et peut se voir attribuer automatiquement une aide MFA. Un(e) patient(e) est présumé(e) admissible si le/la patient(e) a été préqualifié(e) ou a été identifié(e) pour un renvoi de créance irrécouvrable comme décrit ci-dessous :

5.5.1 Préqualifié. Si la procédure de sélection financière détermine qu'un(e) patient(e) a droit aux programmes d'aide publique et privée, alors il/elle est présumé(e) admissible au programme MFA. Le/la patient(e) est considéré(e) comme préqualifié(e) si le/la patient(e) :

5.5.1.1 est inscrit(e) à un programme MFA communautaire (Community Medical Financial Assistance, CMFA) pour lequel les patients ont bénéficié d'une recommandation et ont été préalablement jugés qualifiés par (1) le gouvernement fédéral, de l'État ou local, (2) une organisation communautaire partenaire ou (3) dans le cadre d'un programme de santé communautaire financé par KFHP/H ; ou

5.5.1.2 est inscrit(e) à un programme de prestations communautaires KP conçu pour faciliter l'accès aux soins pour les patients à faible revenu et préalablement jugés qualifiés par le personnel KFHP/H désigné à cet effet ; ou

5.5.1.3 est inscrit(e) à un programme de couverture médicale lié aux ressources crédible (par ex. : le Programme d'assistance de Medicare aux patients à faible revenu) ; ou

5.5.1.4 a reçu une aide MFA au cours des 30 derniers jours



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 8 de 21

5.5.2 Identifié pour Renvoi de créance irrécouvrable. Une fois que toutes les sources d'admissibilité et de paiement ont été épuisées, un(e) patient(e) qui a reçu des soins dans un établissement KP et en cas de difficultés financières (par ex. soldes impayés en souffrance) peuvent être sélectionné(e)s pour l'admissibilité au programme à l'aide de sources de données externes. S'il/si elle admissible, le/la patient(e) bénéficie d'une aide MFA uniquement pour les soldes impayés admissibles. Les soldes impayés pour les services qualifiés ne peuvent pas être envoyés en recouvrement, faire l'objet d'autres actions de recouvrement, ou être imputés dans les dépenses des créances irrécouvrables de KP.

5.6 Critères d'admissibilité au programme. Comme résumé dans L'AVENANT ci-joint, *Section V, Critères d'admissibilité*, un(e) patient(e) qui fait une demande d'inscription à la MFA peut avoir droit à une aide financière en fonction de critères liés aux ressources, ou aux frais médicaux élevés.

5.6.1 Critères liés aux ressources. Un(e) patient(e) est évalué(e) afin de déterminer si le/la patient(e) répond aux critères d'admissibilité liés aux ressources.

5.6.1.1 Admissibilité fondée sur le niveau de revenus. Un(e) patient(e) dont le revenu brut du ménage est inférieur ou égal aux critères liés aux ressources KFHP/H en tant que pourcentage des Directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG) est admissible à l'aide financière.

5.6.1.2 Revenu du ménage. Les exigences liées au revenu s'appliquent aux membres du ménage. Un ménage désigne un individu ou un groupe de deux ou plusieurs personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble. Les membres du foyer peuvent inclure les époux, les compagnons qualifiés, les enfants, les proches du soignant, les enfants des proches du soignant, et d'autres individus, époux, compagnon ou parent sous la responsabilité financière de l'individu qui résident dans le ménage.

5.6.2 Critères liés aux frais médicaux élevés. Un(e) patient(e) est évalué(e) afin de déterminer s'il ou si elle répond aux critères d'admissibilité liés aux frais médicaux élevés.

5.6.2.1 Admissibilité fondée sur les frais médicaux élevés. Un(e) patient(e), quel que soit le niveau de revenus bruts du ménage, dont les frais médicaux et pharmaceutiques remboursables engagés pour des services admissibles au cours d'une période de 12 mois sont supérieurs ou égaux à 10% du revenu annuel du ménage est admissible à l'aide financière.

5.6.2.1.1 Frais remboursables KFHP/H. Les frais médicaux et pharmaceutiques engagés dans les établissements KP incluent les quotes-parts, les dépôts, la coassurance et les franchises liées aux services admissibles.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 9 de 21

5.6.2.1.2 Frais remboursables non KFHP/H. Les frais médicaux, pharmaceutiques et dentaires engagés par le/la patient(e) dans des établissements non KP pour des services admissibles (à l'exception de toute escompte ou montant radié) sont inclus. Le/la patient(e) doit fournir les pièces justifiant les frais médicaux pour les services reçus dans les établissements non KP.

5.6.2.1.3 Cotisations relatives au régime de soins médicaux. Les frais remboursables ne comprennent pas le coût afférent à une protection en soins de santé (par ex. les droits d'adhésion ou les cotisations).

5.7 Rejets et appels.

5.7.1 Rejets. Un(e) patient(e) qui présente une demande d'inscription au programme MFA sans répondre aux critères d'admissibilité est informé(e) par écrit ou verbalement que sa demande est rejetée.

5.7.2 Comment faire appel d'un rejet. Un(e) patient(e) qui croit que sa demande ou ses renseignements n'ont pas été examinés convenablement peut faire appel de la décision. Les directives à suivre pour aller jusqu'au bout du processus d'appel sont incluses dans la lettre de rejet MFA. Les appels sont étudiés par le personnel KFHP/H désigné à cet effet.

5.8 Structure de l'aide. Les aides MFA s'appliquent aux soldes en souffrance ou impayés identifiés seulement avant un renvoi pour créance irrécouvrable ou les sommes retenues. Les aides MFA peuvent aussi comporter une période d'admissibilité pour tout service de suivi requis comme indiqué par un prestataire KP.

5.8.1 Base de l'aide. Le coût payé par le programme MFA est déterminé sur le fait que le/la patient(e) possède ou non une protection en soins de santé et le revenu du ménage du/de la patient(e).

5.8.1.1 Patient(e) admissible à la MFA sans Couverture de soins de santé (non assuré/e). Un(e) patient(e) non assuré(e) admissible reçoit une réduction sur le coût supporté par le/la patient(e) pour tous les services admissibles.

5.8.1.2 Patient(e) admissible à la MFA avec Couverture en soins de santé (assuré/e). Un(e) patient(e) assuré(e) admissible reçoit une réduction sur la partie de la facture pour tous les services admissibles (1) pour lesquels il/elle est personnellement responsable et (2) qui ne sont pas payés par sa société d'assurance. Le/la patient(e) doit fournir des documents, tels que le Relevé des prestations (Explanation of Benefits, EOB), en vue de la détermination de la partie de la facture qui n'est pas prise en charge par l'assurance.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 10 de 21

5.8.1.2.1 Paiements reçus de la société d'assurance.

Un(e) patient(e) assuré(e) admissible doit céder par écrit à KFHP/H tout paiement reçu par le/la patient(e) de la part de sa société d'assurance pour les services fournis par KFHP/H.

5.8.1.3 Barème de remises. Des informations supplémentaires sur les remises disponibles en vertu de la politique sont résumées dans L'AVENANT ci-joint, *Section VI, Barème des remises*.

5.8.1.4 Remboursements en vertu des règlements. KFHP/H exige le remboursement des règlements de la responsabilité civile/de la protection d'assurance personnelle, auprès des payeurs ou de toute autre partie juridiquement responsables, selon le cas.

5.8.2 Période d'admissibilité de l'aide. La période d'admissibilité pour les services de suivi commence à partir de la date d'approbation, ou de la date de prestation de services, ou de la date où les médicaments ont été administrés. La durée de la période d'admissibilité est limitée dans le temps et est déterminée à la discrétion de KP à plusieurs titres, notamment :

5.8.2.1 Une période spécifique. Un maximum de 365 jours pour les services de suivi admissibles et les soldes de coûts impayés des patients identifiés avant le renvoi pour créance irrécouvrable.

5.8.2.2 Soins infirmiers et intermédiaires qualifiés. Un maximum de 30 jours pour les services rendus hors de KP.

5.8.2.3 Équipement médical durable. Un maximum de 180 jours pour l'équipement médical fourni par le fournisseur.

5.8.2.4 Série de traitements ou Épisode de soins. Un maximum de 180 jours pour une série de traitements et un épisode de soins comme indiqué par un prestataire KP.

5.8.2.5 Les patients qui ont des chances d'être admis aux Programme de couverture de santé publique et privée. Un maximum de 90 jours pour guider un patient pendant leur demande d'inscription aux programmes de couverture de santé publique et privée.

5.8.2.6 Aide pharmaceutique unique. Avant de demander une inscription au programme MFA, un(e) patient(e) est admissible à une aide pharmaceutique unique s'il ou si elle (1) ne bénéficie pas d'une aide MFA, (2) fait remplir une ordonnance rédigée par un fournisseur KP auprès d'une pharmacie KFHP/H et (3) déclare son incapacité à payer les médicaments indiqués sur l'ordonnance. L'aide unique est limitée à 30 jours et inclut une provision raisonnable de médicaments telle qu'elle est déterminée médicalement appropriée par un prestataire KP.



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 11 de 21

5.8.2.7 Demande de prolongement de l'aide. Début trente (30) jours avant la date d'expiration de l'aide existante et à tout moment ultérieur, un(e) patient(e) peut à nouveau postuler pour le programme.

5.8.3 Aide retirée, annulée ou modifiée. KFHP/H peut retirer, annuler ou modifier une aide MFA, dans certains cas, à sa discrétion. Ces cas incluent :

5.8.3.1 la fraude, le vol ou les changements financiers. Un cas de fraude, de fausse déclaration, de vol, de changement intervenu dans la situation financière d'un(e) patient(e) ou toute autre circonstance qui porte atteinte à l'intégrité du programme MFA.

5.8.3.2 L'admissibilité aux programmes de couverture médicale publics et privés. Un(e) patient(e) examiné(e) dans le cadre des programmes de couverture médicale publics et privés est présumé(e) admissible, mais ne suit pas le processus de demande d'inscription à ces programmes.

5.8.3.3 Autres sources de paiement déterminées. La détermination d'une couverture médicale ou d'autres sources de paiement après qu'un(e) patient(e) obtient une aide MFA entraîne une nouvelle facturation rétroactive des frais pour les services admissibles. Si cela se produit, le/la patient(e) ne reçoit pas de facture correspondant à cette portion d'une facture (1) pour laquelle le/la patient(e) est personnellement responsable et (2) qui n'est pas payée par sa couverture médicale ou une autre source de paiement.

5.8.3.4 Modification de la couverture médicale. Un(e) patient(e) dont la protection en soins de santé est modifiée devra présenter une nouvelle demande d'inscription au programme MFA.

5.9 Restrictions liés aux frais. Il est interdit de facturer aux patients admissibles au programme MFA le montant total en dollars (c'est-à-dire les frais globaux) pour des services hospitaliers admissibles rendus à un établissement de Kaiser Foundation Hospital. Un(e) patient(e) qui a reçu des services hospitaliers admissibles à un établissement de Kaiser Foundation Hospital et qui est admissible au programme MFA, mais qui n'a pas reçu ou a refusé une aide MFA, ne doit pas recevoir de facture d'un montant supérieur aux sommes généralement facturées (amounts generally billed, AGB) pour ces services.

5.9.1 Sommes généralement facturées. Les sommes généralement facturées (AGB) pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires fournis à des individus qui souscrivent une assurance couvrant ces soins sont déterminées pour les établissements KP, conformément à la description donnée dans l'AVENANT ci-joint, Section VII, *Base de calcul des sommes généralement facturées (AGB)*.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 12 de 21

5.10 Mesures de recouvrement.

5.10.1 Efforts de notification raisonnables. KFHP/H ou une agence de recouvrement de créances agissant en son nom déploie des efforts raisonnables pour aviser les patients ayant des soldes en souffrance ou impayés sur le programme MFA. Voici quelques efforts de notification raisonnables :

5.10.1.1 Fournir un préavis écrit dans les 120 jours suivant la première déclaration postérieure au départ, qui informe le titulaire du compte que la MFA est disponible pour les personnes admissibles.

5.10.1.2 Fournir un préavis écrit accompagné de la liste des mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) que KFHP/H ou une agence de recouvrement de créances a l'intention de prendre pour le paiement du solde des coûts des patients et la date de la mise en application de ces mesures, fixée au moins 30 jours à compter de la date du préavis écrit.

5.10.1.3 Fournir un résumé clair et simple de la politique MFA avec la première déclaration du patient hospitalisé.

5.10.1.4 Essayer d'aviser le titulaire du compte verbalement au sujet de la politique MFA et de la façon d'obtenir de l'aide par le biais de la procédure de demande d'inscription au programme MFA.

5.10.1.5 Déterminer l'admissibilité au programme à la demande, avant que les soldes de patients en souffrance ou impayés ne soient transférés vers une agence de recouvrement de créances.

5.10.2 Suspension des mesures de recouvrement extraordinaires.

KFHP/H n'exécute pas et ne permet pas à une agence de recouvrement d'exécuter, en son nom, les mesures de recouvrement extraordinaires (ECA) contre un(e) patient(e) si le/la patient(e) :

5.10.2.1 bénéficie d'une aide MFA active ; ou

5.10.2.2 a présenté une demande d'inscription au programme MFA après le déclenchement des ECA. Les ECA sont suspendues jusqu'à la détermination finale de l'admissibilité.

5.10.3 Mesures de recouvrement extraordinaires autorisées.

5.10.3.1 Détermination finale des efforts raisonnables. Avant l'exécution d'une ECA, le Responsable régional des services financiers en charge du cycle de revenus du/de la patient(e) s'assure que :

5.10.3.1.1 tous les efforts raisonnables ont été fournis pour informer le/la patient(e) du programme MFA ; et

5.10.3.1.2 Le/la patient(e) a bénéficié d'un délai d'au moins 240 jours à compter de la date du premier rapport de facturation pour présenter une demande d'inscription à la MFA.



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 13 de 21

5.10.3.2 Transmission de rapports aux agences de crédit à la consommation et d'évaluation du crédit. KFHP/H ou une agence de recouvrement agissant en son nom peut communiquer des renseignements défavorables aux agences de crédit à la consommation ou d'évaluation du crédit.

5.10.3.3 Actions judiciaires et civiles. Avant d'instituer une action au pénal ou au civil, KFHP/H valide la situation financière du/de la patient(e) par le recours aux sources de données externes afin de déterminer s'il/elle est admissible au programme MFA.

5.10.3.3.1 Admissibilité à la MFA. Aucune autre action n'est intentée contre les patients qui sont admissibles au programme MFA. Les comptes admissibles à la MFA sont annulés et renvoyés de façon rétroactive.

5.10.3.3.2 Inadmissibilité à la MFA. Dans très peu de cas, les mesures suivantes peuvent être prises, avec l'approbation préalable du Directeur financier ou du Contrôleur financier régional :

5.10.3.3.2.1 La saisie-arrêt de salaires.

5.10.3.3.2.2 Les actions en justice/actions au civil. Les actions en justice ne sont pas intentées contre un individu au chômage et sans revenu important.

5.10.3.3.2.3 Les privilèges sur le lieu de résidence.

5.10.4 Mesures de recouvrement extraordinaires interdites. KFHP/H n'exécute ni n'autorise, ou ne permet pas à aux agences de recouvrement de créances d'exécuter les mesures suivantes peu importe les circonstances :

5.10.4.1 Reporter, refuser ou exiger un paiement en raison du non-paiement par un titulaire de compte d'un solde antérieur, avant de fournir des soins d'urgence ou médicalement nécessaires.

5.10.4.2 Vendre les créances d'un titulaire de compte à un tiers.

5.10.4.3 Saisir des biens ou des comptes.

5.10.4.4 Demander des mandats d'arrêt.

5.10.4.5 Demander des mandats d'amener.

5.11 Réponse aux désastres. KFHP/H peut modifier temporairement ses critères d'admissibilité au programme MFA et les procédures de demande pour améliorer l'aide disponible aux communautés et aux patients touchés par un événement connu qui a été qualifié de désastre par l'état ou le gouvernement fédéral.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 14 de 21

- 5.11.1 Éventuelles modifications d'admissibilité.** On compte parmi les changements temporaires des critères d'admissibilité à la MFA :
- 5.11.1.1** Suspension des restrictions d'admissibilité
 - 5.11.1.2** Hausse des critères liés aux ressources
 - 5.11.1.3** Baisse du seuil de critère des dépenses médicales élevées.
- 5.11.2 Éventuelles modifications de la procédure de demande.** On compte parmi les changements temporaires de la procédure de demande de MFA :
- 5.11.2.1** Permettant un(e) patient(e) doit fournir des renseignements financiers de base (par ex. le revenu, le cas échéant, et la source) et attester de leur validité si (1) sa situation financière ne peut être vérifiée à l'aide de sources de données externes, (2) les renseignements financiers requis sont indisponibles à cause de l'événement, et (3) il n'existe aucune autre preuve à l'appui de son admissibilité.
 - 5.11.2.2** En tenant compte de la future perte de salaires / d'emploi à cause de l'événement dans la détermination du revenu du ménage.
- 5.11.3 Informations à la disposition du public.** Les renseignements qui décrivent les changements temporaires de programme MFA sont mis à disposition du public sur la page web du programme MFA et dans les zones concernées des établissements KP.

6.0 Références/Annexes

- 6.1** Annexe A – Glossaire des termes
- 6.2** Lois, réglementations et ressources
 - 6.2.1** Loi sur la protection des malades et les soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act) droit public 111-148 (124 Stat. 119 [2010])
 - 6.2.2** Registre fédéral et Directives fédérales annuelles sur la pauvreté (Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines)
 - 6.2.3** Publication du Internal Revenue Service (Internal Revenue Service Publication), 2014 Directives pour Annexe H (Formulaire 990)
 - 6.2.4** Avis du Internal Revenue Service (Internal Revenue Service Notice) 2010-39
 - 6.2.5** Internal Revenue Service Code, 26 CFR Parts 1, 53, et 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 –Exigences supplémentaires à l'intention des hôpitaux de bienfaisance (Additional Requirements for Charitable Hospitals)

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 15 de 21

- 6.2.6** Association des hôpitaux de la Californie - Politiques en matière d'aide financière des hôpitaux et lois relatives aux avantages communautaires (California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws), Éd. 2015
- 6.2.7** Association catholique de la santé des États-Unis - Guide de planification et déclaration des avantages communautaires (Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit), Éd. 2012
- 6.3** Les listes des prestataires
 - 6.3.1** Les listes des prestataires sont disponibles sur les sites Internet de KFHP/H pour :
 - 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

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 16 de 21

Annexe A Glossaire des termes

Programmes communautaires MFA (CMFA) : programmes planifiés d'aide financière pour l'accès aux services de santé qui fonctionnent en collaboration avec les organisations communautaires et de protection du revenu en vue de fournir l'accès aux soins médicalement nécessaires aux patients non assurés et sous-assurés dans les établissements KP.

Agence de recouvrement de créances fait référence à une personne qui, par action directe ou indirecte, mène ou pratique des recouvrements ou tente de recouvrer une créance due, ou prétendument due, à un créancier ou à un acheteur endetté.

Équipement médical durable (DME) comprend, mais sans s'y limiter, les cannes, les béquilles, les nébuliseurs, les fournitures à l'intention des bénéficiaires, les dispositifs de traction de type linteau pour utilisation à domicile, les fauteuils roulants, les déambulateurs, les lits hôpitaux et l'oxygène pour utilisation à domicile conformément aux critères d'DME. L'DME ne comprend pas les appareils orthopédiques et prothétiques (par ex. les attelles/orthèses dynamiques, le larynx artificiel et les fournitures) ni les fournitures en vente libre et les biens de consommation non durables (par ex : les fournitures urologiques et les pansements).

Patient admissible : est une personne qui remplit les critères d'admissibilité décrits dans la présente politique, que cette personne (1) ne soit pas assurée ; (2) obtienne une protection par l'entremise d'un programme public (par ex. : Medicare, Medicaid, ou une protection en soins de santé subventionnée acquise au moyen d'un échange d'information sur la santé) ; (3) soit assurée par un régime de soins médicaux autre que KFHP ; ou (4) soit couverte par KFHP.

Les sources de données externes sont des fournisseurs tiers mobilisés pour étudier les renseignements personnels d'un(e) patient(e) dans le but d'évaluer un besoin financier à l'aide d'un modèle basé sur des bases de données de dossiers publics qui évalue chaque patient(e) selon les mêmes normes afin de calculer la capacité financière d'une(e) patient(e).

Directives fédérales sur la pauvreté (FPG) établit les niveaux de revenu annuel relatifs à la pauvreté tels qu'ils sont déterminés par le Ministère américain de la Santé et des Services sociaux. Elles sont mises à jour chaque année dans le Registre fédéral.

Conseils financiers veut dire le processus utilisé pour aider les patients à explorer les diverses options de financement et de protection en soins de santé disponibles pour le paiement des services fournis dans les établissements KP. Les patients susceptibles d'avoir recours aux conseils financiers incluent, sans s'y limiter, les patients qui subviennent à leurs propres besoins, non assurés, sous-assurés et ceux qui ont signalé leur incapacité à assumer toute la responsabilité du patient.

Sans abri : situation d'une personne qui réside à un des endroits ou se trouve dans l'une des situations décrites ci-dessous :

- À des endroits qui ne sont pas destinés à l'habitation humaine, tels que les véhicules, les parcs, les trottoirs, les bâtiments abandonnés (dans la rue) ; ou
- Dans un foyer d'accueil d'urgence ; ou
- Dans des logements de transition ou avec services de soutien destinés aux personnes sans abri provenant initialement de la rue ou des foyers d'accueil d'urgence.
- À l'un des endroits ci-dessus, mais faisant un bref séjour (jusqu'à 30 jours consécutifs) dans un hôpital ou un autre établissement.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 17 de 21

Annexe A Glossaire des termes (suite)

- Est expulsé(e) dans un délai d'une semaine d'un logement privé ou fuit une situation de violence familiale sans avoir trouvé une autre résidence ; la personne ne possède pas les ressources ni les réseaux de soutien nécessaires à l'obtention d'un logement.
- Sortira d'un établissement dans une semaine, tel qu'un établissement psychiatrique ou de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes dans lequel la personne a passé plus de 30 jours consécutifs, aucune autre résidence n'a été trouvée et la personne ne possède pas les ressources financières et les réseaux de soutien social nécessaires à l'obtention d'un logement.

KP inclut Kaiser Foundation Hospitals et les cliniques affiliées aux hôpitaux, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups, de même que leurs filiales respectives, à l'exception de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Établissements KP : tout local physique, comprenant l'intérieur et l'extérieur d'un bâtiment, possédé ou loué par KP pour la conduite de ses activités, y compris la prestation des soins aux patients (p. ex. : un bâtiment, un étage occupé par KP, un local ou tout autre espace intérieur ou extérieur dans un bâtiment n'appartenant pas à KP).

Liée aux ressources désigne la méthode par laquelle les sources de données externes ou les renseignements fournis par le/la patient(e) sont utilisés pour déterminer l'admissibilité à un programme public de protection ou à la MFA en évaluant si le revenu de l'individu est supérieur au pourcentage fixé dans les Directives fédérales sur la pauvreté.

Aide financière pour l'accès aux soins médicaux (MFA) : aide financière accordée pour le paiement des frais médicaux aux patients admissibles qui sont incapables de payer la totalité ou une partie des frais afférents à leurs soins médicalement nécessaires, leurs produits ou leurs médicaments, et qui ont épuisé leurs sources de payeurs publics et privés. Les personnes sont tenues de remplir les critères du programme liés à l'aide pour payer une partie ou la totalité des frais médicaux des patients.

Fournitures médicales : tout matériel médical à usage unique, comme des attelles, des écharpes, des pansements et des bandages, appliqué par un prestataire de soins de santé autorisé tout en fournissant un service médicalement nécessaire, en excluant tout matériel acheté ou obtenu par un(e) patient(e) d'une autre source.

Coût pour le patient désigne la part de facturation au client pour les soins reçus dans les établissements KP (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux, cabinets médicaux et pharmacies ambulatoires) qui n'est pas remboursée par l'assurance ou un programme de soins de santé à financement public.

Renonciation de la pharmacie : aide financière fournie aux membres à faible revenu dans le cadre du programme KP Senior Advantage Medicare, Partie D qui n'ont pas les moyens de payer leur quote-part des médicaments sur ordonnance pour patient non hospitalisé, couverts en vertu de la Partie D du programme Medicare.

Protection du revenu désigne un réseau d'organisations à but non lucratif et/ou d'organismes du secteur public qui fournissent des services de soins de santé directs aux patients non assurés ou mal servis dans un milieu communautaire, comme un hôpital public, une clinique communautaire, une église, un foyer pour les sans-abris, une unité médicale mobile, une école, etc.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 18 de 21

**Annexe A
Glossaire des termes (suite)**

Sous-assuré désigne un individu qui, malgré la protection en soins de santé dont il bénéficie, trouve que l'obligation de payer les cotisations au titre de l'assurance, les quote-parts, les frais de coassurance et les franchises représente une charge financière tellement importante que le/la patient(e) retarde ou ne reçoit pas les soins de santé nécessaires en raison des frais remboursables.

Non assuré désigne un individu qui ne bénéficie pas d'une assurance médicale ou d'une aide fédérale ou nationale pour le paiement des services de santé.

Populations vulnérables : groupes démographiques dont la santé et le bien-être sont considérés comme étant plus à risque que la population en général, en raison de leur situation socio-économique, leur maladie, leur ethnicité, leur âge ou d'autres facteurs invalidants.

Mandat(s) d'amener désigne un processus initié par un tribunal enjoignant aux autorités d'amener devant le tribunal une personne qui aurait commis un outrage civil. Processus similaire au mandat d'arrêt.

Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 19 de 21

AVENANT : Kaiser Permanente Northern California

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR D'AVENANT : 1er janvier 2022

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Cette politique s'applique à tous les établissements KFHP/H (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux et cabinets médicaux) et aux pharmacies ambulatoires. Kaiser Foundation Hospitals au nord de la Californie incluent :

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

Remarque : Kaiser Foundation Hospitals se conforme aux Politiques sur les prix raisonnables en milieu hospitalier (Hospital Fair Pricing Policies), Code de santé et de sécurité de la Californie (California Health & Safety Code), section 127400.

II. Services admissibles et non admissibles supplémentaires aux termes de la politique MFA.

- a. **Transport des patients sans-abri.** Offert à un(e) patient(e) sans-abri dans des situations d'urgence et ne nécessitant pas de soins d'urgence pour faciliter la sortie des établissements hospitaliers KP ou des services d'urgence KP.
- b. **Services non admissibles supplémentaires.**
 - i. Les aides auditives
 - ii. Les fournitures d'optique
 - iii. **Dépenses liées à la quote-part (Share of Cost, SoC) du programme Medi-Cal.** La SoC est considérée comme une composante du programme Medi-Cal dont le but est d'offrir des prestations pour soins de santé afin d'assister les bénéficiaires Medi-Cal qui se trouvent à l'extrémité supérieure du seuil de revenu. MFA ne peut pas s'appliquer aux montants SoC, car le SoC est déterminé par l'état comme un montant dont le/la patient(e) est redevable avant que le/la patient(e) est admissible à Medicaid

III. Fournisseurs assujettis et non assujettis à la politique MFA. La liste des fournisseurs de Kaiser Foundation Hospitals qui sont assujettis ou non assujettis à la politique MFA est disponible au grand public, gratuitement, sur le site Web de KFHP/H à l'adresse www.kp.org/mfa/ncal.

IV. Renseignements sur le programme et modalités d'inscription à la MFA. Les renseignements sur le programme MFA, notamment des exemplaires de la politique MFA, les formulaires de demande, les directives et les résumés en langage clair (c.-à-d., les brochures du programme), sont disponibles au grand public, gratuitement, en format électronique ou sur support papier. Un(e) patient(e) peut présenter une demande



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 20 de 21

d'inscription au programme MFA de plusieurs façons, pendant la prestation des soins ou après avoir reçu des soins de KFHP/H, notamment en personne, par téléphone ou au moyen d'une demande d'inscription sur papier. (Voir les Sections 5.3 et 5.4 ci-dessus.)

- a. **Terminer et soumettre la Demande en ligne depuis le site Internet KFHP/H.** Un(e) patient(e) peut lancer et soumettre les informations de la demande par voie électronique depuis le site Internet MFA sur www.kp.org/mfa/ncal.
- b. **Télécharger les renseignements relatifs au programme sur le site Web de KFHP/H.** Les copies électroniques des renseignements sur le programme sont disponibles sur le site Web de la MFA à l'adresse www.kp.org/mfa/ncal.
- c. **Demander les renseignements sur le programme par voie électronique.** Les renseignements sur le programme en format électronique peuvent être obtenus par courriel sur demande.
- d. **Obtenir les renseignements sur le programme ou faire une demande d'inscription en personne.** Les renseignements sur le programme sont disponibles auprès du Service d'admission, du Service de la salle d'urgence et du Service de l'orientation financière des patients de la Kaiser Foundation Hospitals qui sont énumérés à la Section I, *Kaiser Foundation Hospitals*.
- e. **Demander les renseignements sur le programme ou faire une demande d'inscription par téléphone.** Des conseillers sont disponibles par téléphone pour fournir des renseignements, déterminer l'admissibilité et aider les patients à présenter leur demande d'inscription à la MFA. Les conseillers sont accessibles :

Au(x) numéro(s) de téléphone : 1-800-390-3507

- f. **Demander des renseignements sur le programme ou faire une demande d'inscription par la poste.** Un(e) patient(e) peut demander des renseignements sur le programme et présenter une demande d'inscription à la MFA en faisant parvenir un formulaire de demande d'inscription au programme MFA dûment rempli par la poste. Les demandes de renseignements et d'inscription peuvent être envoyées à l'adresse suivante :

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

- g. **Remettre la demande remplie en personne.** Les demandes remplies peuvent être déposées en personne auprès des Services d'admission ou d'orientation financière des patients de chaque établissement de santé de la Kaiser Foundation Hospital.

V. Critères d'admissibilité. Le revenu du ménage d'un(e) patient(e) est pris en considération dans la détermination de l'admissibilité à la MFA. (Voir la Section 5.6.1 ci-dessus.)

- a. Critères liés aux ressources : jusqu'à 400 % des Directives fédérales sur la pauvreté
- b. Les membres KFHP ayant une franchise doivent répondre aux critères liés aux frais médicaux élevés pour être admissibles au programme.



Titre de la police : Aide financière au titre des soins médicaux	Numéro de politique : NATL.CB.307
Service propriétaire : National Community Benefit	Date de prise d'effet : 1er février 2021
Dépositaire : Directeur, Aide financière au titre des soins médicaux	Page : 21 de 21

- VI. Barème des remises.** Le calcul des montants facturés par KP au/à la patient(e) admissible pour une aide financière au titre des soins médicaux est fondé sur le type de critères d'admissibilité utilisés pour déterminer l'admissibilité au programme.
- a. Le/la patient(e) satisfait aux critères liés à l'évaluation des ressources.** Un(e) patient(e) qui satisfait aux critères liés à l'évaluation des ressources recevra une remise de 100 % sur le coût supporté par le/la patient(e) ou la portion des frais facturés pour des services fournis pour lesquels le/la patient(e) est responsable.
 - b. Le/la patiente satisfait aux critères liés aux frais médicaux élevés.** Un(e) patient(e) qui satisfait aux critères liés aux frais médicaux élevés recevra une remise de 100 % sur le coût supporté par le/la patient(e) ou les frais facturés pour des services fournis pour lesquels le/la patient(e) est responsable.
- VII. Base de calcul des sommes généralement facturées (AGB).** KFHP/H détermine les AGB des soins d'urgence ou de tout autre soin médicalement nécessaire à l'aide de la méthode rétrospective en multipliant les frais globaux des soins par le taux AGB. Les renseignements sur le taux AGB et le calcul des sommes sont disponibles sur le site Web de KFHP/H de la MFA à l'adresse www.kp.org/mfa/ncal.
- VIII. Remboursements.** Dans les cas où un(e) patient(e) a fait une demande d'inscription et a été approuvé(e) pour la MFA, un remboursement est effectué pour tout montant reçu supérieur au paiement que KFHP/H s'attendrait de recevoir de Medicare, Medi-Cal ou d'autres payeurs du gouvernement, pour des services hospitaliers et professionnels.
- a.** L'intérêt court au taux fixé à la Section 685.010 du Code de procédure civile, à partir de la date où l'hôpital reçoit le paiement effectué par le/la patient(e). Le taux courant est de 10%.