

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 1 von 27

1.0 Grundprinzipien

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) und Kaiser Foundation Hospitals (KFH) verpflichten sich Programme anzubieten, die vulnerablen Gruppen den Zugang zu Behandlung erleichtern. Diese Verpflichtung umfasst die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für qualifizierte unversicherte und unterversicherte Patienten mit niedrigem Einkommen, wenn die Fähigkeit, für Leistungen zu bezahlen, ein Hindernis beim Zugriff auf medizinische Notfallleistungen sowie notwendige medizinische Leistungen darstellt.

2.0 Zweck

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

3.0 Umfang

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

3.1.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.1.2 Kaiser Foundation Hospitals; und

3.1.3 Tochtergesellschaften von KFHP/H.

3.2 Diese Richtlinie gilt für die in den *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8* (Addenda zu den Kaiser Permanente Regionen, Anlagen 1-8) aufgelisteten KFH-Krankenhäusern und krankenhauszugehörigen Kliniken.

4.0 Definitionen

Siehe *Appendix B – Glossary of Terms (Appendix B – Glossar)*.

5.0 Klauseln

KFHP/H unterhält ein auf Bedürftigkeitsprüfung basierendes MFA-Programm, das finanzielle Hürden zum Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung oder Notfallversorgung abbauen soll und allen Personen, welche die Antragskriterien erfüllen, unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit,

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 2 von 27

Religionszugehörigkeit oder Immigrationsstatus, sexueller Orientierung, Staatsangehörigkeit und Krankenversicherungsstatus der Eltern offensteht.

5.1 Leistungen, die im Rahmen der MFA-Police zugelassen bzw. nicht zugelassen sind

5.1.1 Zugelassene Leistungen. MFA kann gewährt werden für (1) Notfallversorgung oder notwendige medizinische Versorgung ; (2) pharmazeutische Dienstleistungen und Produkte; und (3) medizinische Hilfsmittel, die in Einrichtungen von Kaiser Permanente (KP) (z. B. Krankenhäuser, krankenhauszugehörige Kliniken, medizinische Zentren oder medizinbezogene Bürogebäude), ambulanten Apotheken oder durch KP-Lieferanten bereitgestellt wurden; jeweils wie nachfolgend beschrieben:

5.1.1.1 Notwendige medizinische Leistungen. Von einem KP-Anbieter angeordnete oder erbrachte Pflege-, Behandlungs- oder Dienstleistungen, die aus Gründen der Vorbeugung, Bewertung, Diagnose oder Behandlung einer medizinischen Beschwerde erforderlich sind und nicht hauptsächlich dem Komfort des Patienten oder des medizinischen Leistungserbringers dienen.

5.1.1.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte. Rezepte, die in einer ambulanten KFHP/H-Apotheke eingereicht werden und von einem KP-Erbringer, einem Nicht-KP-Notdienst-Erbringer, einem Nicht-KP-Erbringer von Notfallversorgung, einem vertraglichen KP-Erbringer, einem Zahnarzt (Doctor of Medicine in Dentistry, DMD) oder einem Zahnchirurgen (Doctor of Dental Surgery, DDS) ausgestellt wurden.

5.1.1.2.1 Generika. Der Einsatz von Generika hat stets Vorrang.

5.1.1.2.2 Markenmedikamente. Von einem KP-Anbieter verschriebene Markenmedikamente sind zugelassen, wenn entweder

5.1.1.2.2.1 "Ausgabe wie vermerkt" ("Dispense as Written", DAW) auf dem Rezept vermerkt ist oder

5.1.1.2.2.2 kein gleichwertiges Generikum existiert.

5.1.1.2.3 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Apothekenprodukte. Derartige Produkte sind zugelassen, wenn

5.1.1.2.3.1 das Rezept oder die Verordnung von einem KP-Anbieter stammt,

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 3 von 27

5.1.1.2.3.2 der Artikel von einer ambulanten KP-Apotheke ausgegeben wird und

5.1.1.2.3.3 dieser Artikel dort regulär geführt wird.

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

5.1.1.2.5 Zahnmedizinische Medikamente. Medizinisch notwendige, ambulant bereitgestellte, von einem DMD oder DDS verschriebene und zahnmedizinisch indizierte Medikamente.

5.1.1.3 Dauerhafte medizinische Produkte (Durable Medical Equipment, DME). Von einem KP-Anbieter in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien angeordnet und von einem KFH/HP einem Patienten, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt, bereitgestellt. Begrenzt auf Artikel, die in KP-Einrichtungen regulär verfügbar sind.

5.1.1.4 Gesundheitserziehungsschulungen. Gebühren in Zusammenhang mit verfügbaren Kursen, die von KP geplant und durchgeführt und von einem KP-Anbieter im Rahmen des Behandlungsplans des Patienten empfohlen werden.

5.1.1.5 In Ausnahmefällen verfügbare Leistungen. In bestimmten Situationen, die dann eine Ausnahme konstituieren, kann MFA beantragt werden für: (1) Spezialisierte Pflege (Skilled Nursing), Vorübergehende Pflege (Intermediate Care) und betreute Dienste (Custodial Services) durch eine Nicht-KP-Einrichtung; und (2) von einem KP-Anbieter angeordnete oder verschriebene und einem Vertragspartner/Verkäufer bereitgestellte DME; wie unten beschrieben. Eine solche Ausnahme setzt voraus, dass der Patient die unten in Abschnitt 5.6.2 beschrieben hohen medizinischen Ausgabekriterien erfüllt.

5.1.1.5.1 Spezialisierte Pflege, Vorübergehende Pflege und betreute Dienste Erbracht durch eine KP-Vertragseinrichtung für einen Patienten mit einem verschriebenen medizinischen Bedarf, um die stationäre Entlassung aus einem Krankenhaus zu erleichtern.

5.1.1.5.2 Dauerhafte medizinische Produkte (DME). Von einem Verkäufer bereitgestellte und in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien von einem KP-Anbieter verordnete DME, die von

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 4 von 27

einem Vertragsanbieter über die DME-Abteilung von KFHP/G geliefert wurde.

5.1.2 Nicht zugelassene Leistungen. MFA darf nicht gewährt werden für:

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

folgende Liste von Leistungen, die weder als Notfall noch als medizinisch notwendig gelten können, ist nicht erschöpfend, sondern nur als Auflistung entsprechender Beispiele zu verstehen:

5.1.2.1.1 Kosmetische Chirurgie oder andere kosmetische Leistungen einschließlich dermatologischer Leistungen, die primär der Verbesserung der äußeren Erscheinung des Patienten dienen.

5.1.2.1.2 Kinderwunschbehandlungen einschließlich entsprechender Diagnostik.

5.1.2.1.3 Frei verkäufliches medizinisches Bedarfsmaterial.

5.1.2.1.4 Alternative Therapien einschließlich Akupunktur, Chiropraktik und Massagen.

5.1.2.1.5 Injektionen und Geräte zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen.

5.1.2.1.6 Leihmutterdienste.

5.1.2.1.7 Dienstleistungen in Zusammenhang mit der Haftung Dritter, persönlichem Versicherungsschutz oder berufsgenossenschaftlichen Fällen.

5.1.2.1.8 Dienstleistungen für Patienten mit Nicht-KP-Krankenversicherungsschutz. Nicht neuartige oder nicht dringliche Dienstleistungen und ambulante Medikamentenversorgung, die durch den Nicht-KP-Krankenversicherungsschutz des Patienten abgedeckt werden, welcher seinerseits von diesem verlangt, auf ein bestimmtes Netzwerk bevorzugter Nicht-KP-Anbieter und -Medikamente zurückzugreifen.

5.1.2.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte. Beispiele für Verschreibungen oder Produkte, die als weder notfall- noch anderweitig medizinisch notwendig gelten, sind:

5.1.2.2.1 Vom Pharmacy and Therapeutics Committee nicht zugelassene Arzneien.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 5 von 27

- 5.1.2.2.2** Frei verkäufliche und nicht von einem KP-Anbieter verschriebene oder verordnete Arzneien oder Produkte.
- 5.1.2.2.3** Frei verkäufliche Arzneien oder Produkte, die in KP-Apotheken nicht regulär geführt werden und somit eigens bestellt werden müssen.
- 5.1.2.2.4** Verschreibungen in Zusammenhang mit der Haftung Dritter, persönlichem Versicherungsschutz oder berufsgenossenschaftlichen Fällen.
- 5.1.2.2.5** Ausdrücklich ausgeschlossene Arzneien (z. B. in Bezug auf Fruchtbarkeit, Kosmetik, sexuelle Funktionsstörung).
- 5.1.2.3 Verschreibungen für Medicare-Teil-D-Teilnehmer, die für das Subventionsprogramm für niedrige Einkommen (Low Income Subsidy, LIS) qualifiziert sind oder daran teilnehmen.** Der verbleibende Kostenanteil für verschreibungspflichtige Medikamente für Medicare Advantage Teil-D-Teilnehmer, die entweder für das LIS-Programm qualifiziert sind oder daran teilnehmen, in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).
- 5.1.2.4 Außerhalb von KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen.** Die MFA-Richtlinie gilt ausschließlich für in KP-Einrichtungen oder von KP-Anbietern erbrachte Leistungen. Selbst nach Überweisung durch einen KP-Anbieter sind alle anderen Leistungen nicht für MFA zugelassen. In Nicht-KP-Praxen, Notfalleinrichtungen und Notaufnahmen erbrachte Leistungen sowie solche in den Bereichen Nicht-KP-Häusliche-Krankenpflege, Hospiz, Rekonvaleszenz und Obhut sind ausgeschlossen, sofern sie nicht als Ausnahme gemäß Abschnitt 5.1.1.5 oben anerkannt wurden.
- 5.1.2.5 Dauerhafte medizinische Produkte (DME).** Von einem Vertragsanbieter bereitgestellte DME ist unabhängig davon ausgeschlossen, ob sie von einem KP-Anbieter verordnet wurden, solange keine Ausnahme im Sinne von Abschnitt 5.1.1.5 vorliegt.
- 5.1.2.6 Krankentransporte und Reisekosten.** Das MFA-Programm übernimmt keine Kosten für Fahrten im Zusammenhang mit medizinischen Terminen oder Notfällen und erstattet keine reisebezogenen Ausgaben (etwa für Übernachtung oder Mahlzeiten).

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 6 von 27

5.1.2.7 Krankenversicherungsprämien. Das MFA-Programm übernimmt keine mit den Krankenversicherungsbeträgen verbundenen Ausgaben (z. B. Gebühren oder Zuschläge).

5.1.3 Weitere Informationen zu regional zugelassenen bzw. nicht zugelassenen Leistungen und Produkten finden sich im Addendum. Siehe *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.2 Anbieter. MFA wird ausschließlich für zugelassene Leistungen gewährt, welche von der MFA-Richtlinie unterworfenen medizinischen Anbietern erbracht werden. Siehe *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.3 Programminformationsquellen und Antrag auf MFA. Weitere Informationen zum MFA-Programm und den Antragsmodalitäten sind im entsprechenden Addendum zusammengefasst. Siehe *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.3.1 Programminformationsquellen. Die MFA-Police, Antragsformulare, Anleitungen und Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Programmbroschüren) stehen der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website, per E-Mail, zur persönlichen Abholung oder per US-Post zur Verfügung.

5.3.2 MFA-Beantragung. Eine Aufnahme in das MFA-Programm ist nur möglich, wenn der Patient oder die Patientin einen unmittelbaren Bedarf wegen einer ausstehenden Rechnung für KP-Dienste, für einen KP-Termin oder für eine von einem KP-Anbieter angeordnete pharmazeutische Verschreibung zugelassener Leistungen (wie oben beschrieben) nachweist. Patientinnen und Patienten können ihre Aufnahme in das MFA-Programm auf verschiedene Weise beantragen, etwa online, persönlich, telefonisch oder schriftlich auf Papier.

5.3.2.1 KPs MFA-Programm. Patientinnen und Patienten müssen MFA-Anträge in dem KP-Servicebereich stellen, von dem sie KP-Leistungen erhalten.

5.3.2.2 Prüfung der Leistungsberechtigung von Patienten im Rahmen öffentlicher wie privater Programme. KFHP/H appelliert an alle Menschen, sich ausreichend krankenzuversichern, für den eigenen Zugang zum Gesundheitssystem, im Interesse der eigenen Gesundheit und um potentiell ruinöse Arztrechnungen zu vermeiden. KFHP/H unterstützt nicht versicherte Patientinnen und Patienten bzw. deren Bürgen bei der Identifizierung und Beantragung verfügbarer Hilfsprogramme, einschließlich Medicaid und über die Health Benefit Exchange verfügbarer Deckungen. Patientinnen und Patienten, die mutmaßlich für Medicaid oder eine Deckung über die Health Benefit Exchange in Frage kommen, können aufgefordert werden, die Aufnahme in jene

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 7 von 27

Programme zu beantragen. Patientinnen und Patienten, deren Einkommen über der entsprechenden Medicaid-Obergrenze liegt, werden nicht zur Beantragung von Medicaid aufgefordert.

- 5.4 Für die MFA-Beantragung erforderliche Informationen.** Zur Feststellung einer Leistungsberechtigung nach dem MFA-Programm bzw. Medicaid bzw. dem über die Health Benefit Exchange verfügbaren subventionierten Versicherungsschutz sind vollständige Angaben zur Person, zur finanziellen Situation und zu weiteren Aspekten zu erteilen. Die finanzielle Situation eines Patienten oder einer Patientin wird bei jeder einzelnen Beantragung von Hilfe stets überprüft.
- 5.4.1 Bereitstellung von Informationen zur Finanzlage.** MFA beantragende Patienten müssen auch die Größe und das Einkommen des Haushalts, in dem sie leben, angeben. Die Bereitstellung von Belegen, die eine Überprüfung dieser Angaben erlauben, ist jedoch optional, solange KP diese nicht ausdrücklich erbittet.
- 5.4.1.1 Überprüfung der finanziellen Situation ohne entsprechende Belege.** Werden dem MFA-Antrag keine entsprechenden Belege beigefügt, wird die finanzielle Situation des Patienten mittels externer Datenquellen überprüft. Ist dies nicht möglich, kann der Patient gebeten werden, die im MFA-Antrag genannten Belege zum Nachweis seiner finanziellen Situation einzureichen.
- 5.4.1.2 Überprüfung der finanziellen Situation einschließlich entsprechender Belege.** Werden dem MFA-Antrag die entsprechenden Belege beigefügt, wird die finanzielle Situation des Patienten anhand dieser Belege überprüft.
- 5.4.2 Vollständigkeit der Angaben.** Die Leistungsberechtigung nach dem MFA-Programm wird ermittelt, nachdem alle angeforderten persönlichen, finanziellen und sonstigen Informationen eingegangen sind.
- 5.4.3 Unvollständige Informationen.** Ein Patient wird persönlich, auf dem Postweg oder telefonisch benachrichtigt, wenn die eingegangenen Informationen unvollständig sind. Der Patient kann die fehlenden Informationen innerhalb von 30 Tagen nachreichen: gerechnet ab dem Tag, an dem die Nachricht versendet wurde oder die persönliche oder telefonische Benachrichtigung stattgefunden hat. Bei unvollständigen Angaben kann die MFA abgelehnt werden.
- 5.4.4 Angeforderte Informationen nicht verfügbar.** Patientinnen und Patienten, denen die gemäß dem Programm angeforderten Information nicht verfügbar sind, können sich an KFHP/H wenden, um die Möglichkeiten zu diskutieren, ihre Leistungsberechtigung mit anderen Dokumenten nachzuweisen.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 8 von 27

5.4.5 Keine Finanzinformationen verfügbar. Patientinnen und Patienten sind verpflichtet, grundlegende Angaben zu ihrer Finanzsituation zu machen (d. h. über ihr Einkommen und ihre Einkommensquellen, sofern vorhanden, Auskunft zu geben) und deren Gültigkeit zu bestätigen, wenn (1) ihre finanzielle Situation nicht anhand externer Datenquellen überprüft werden kann; (2) die angeforderten finanziellen Informationen nicht verfügbar sind; und (3) keine anderen Unterlagen vorhanden sind, welche die Leistungsberechtigung belegen könnten. Grundlegende Angaben zur Finanzsituation und deren Bestätigung sind notwendig, sobald einer der folgenden Fälle vorliegt:

5.4.5.1 Der Patient oder die Patientin ist wohnungslos oder erhält Leistungen einer Klinik für Wohnungslose.

5.4.5.2 Der Patient oder die Patientin hat kein Einkommen, erhält von seinem oder ihrem Arbeitgeber keine ordentliche Lohnabrechnung (exklusiv Selbstständiger), erhält monetäre Geschenke oder musste im vorherigen Steuerjahr auf Bundes- oder Landesebene keine Einkommensteuererklärung abgeben.

5.4.5.3 Der Patient oder die Patientin war von einer allgemein bekannten, nationalen oder regionalen Katastrophe oder eines öffentlichen Gesundheitsnotstands betroffen (siehe Abschnitt 5.11 unten).

5.4.6 Kooperation seitens des Patienten. Ein Patient oder eine Patientin muss angemessene Bemühungen unternehmen, um alle angeforderten Informationen bereitzustellen. Bei unvollständig bleibenden Angaben werden die Umstände in die Entscheidung über die Leistungsberechtigung einbezogen.

5.5 Mutmaßende Bestimmung der Leistungsberechtigung. Finanzielle Unterstützung kann auch ohne ausgefüllten Antrag bewilligt werden, wenn der Patient in Zahlungsverzug ist, auf die Kontaktversuche seitens KP nicht reagiert und auch keinen Antrag gestellt hat, aber andere verfügbare Informationen eine finanzielle Notlage nahelegen. Als leistungsberechtigt eingestufte Patientinnen und Patienten unterliegen keiner Pflicht, Angaben zu ihrer Person, ihrer finanziellen Situation oder anderen Aspekten zu machen, und erhalten die MFA-Leistung automatisch. Der Grund und die unterstützenden Informationen für die mutmaßende Feststellung der Anspruchsberechtigung werden im Patientenkonto dokumentiert. Auch können zusätzliche Patientennotizen beigelegt werden. Bei Patientinnen und Patienten, die vorab als leistungsberechtigt anerkannt wurden oder offenbar in einer finanziellen Notlage sind, wird von der Leistungsberechtigung ausgegangen und werden Belegpflichten erlassen.

5.5.1 Vorabanerkennung der Leistungsberechtigung. Wurde ein Patient bereits in eines der unten aufgeführten öffentlichen oder privaten Hilfsprogramme aufgenommen oder kann festgestellt werden, dass er

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 9 von 27

oder sie die Voraussetzungen dafür erfüllte, gilt seine oder ihre Leistungsberechtigung nach dem MFA-Programm als vorab anerkannt. Die Leistungsberechtigung eines Patienten oder einer Patientin gilt als vorab anerkannt, sobald er oder sie eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- 5.5.1.1** Er oder sie nimmt an einem Community-MFA-Programm (CMFA) teil, dem er oder sie (1) durch US-Bundes-, Bundesstaats- oder Lokalbehörden, (2) durch eine Partnerorganisation auf Community-Basis oder (3) bei einer von KFH/HP gesponserten Community-Gesundheitsveranstaltung zugewiesen werden.
 - 5.5.1.2** Er oder sie nimmt an einem KP-Community-Vorteilsprogramm teil, das den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Patienten mit niedrigen Einkommen unterstützen soll und von designtem KFH/HP-Personal vorqualifiziert ist.
 - 5.5.1.3** Er oder sie ist mutmaßlich berechtigt, an einem glaubwürdigen, einkommensabhängigen Gesundheitsprogramm (z. B. Medicaid, Medicare Low Income Subsidy Program) teilzunehmen.
 - 5.5.1.4** Er oder sie ist nimmt an einem glaubwürdigen, einkommensabhängigen öffentlich unterstützten Programm teil (z. B. für Frauen oder Kinder oder Programme für ergänzende Ernährung und Unterstützung).
 - 5.5.1.5** Er oder sie wohnt in ärmlichen subventionierten Wohnungen.
 - 5.5.1.6** Ihm oder ihr wurde bereits zuvor MFA bewilligt, die in den letzten 30 Tagen begann.
- 5.5.2 Anzeichen für eine finanzielle Notlage.** Ein Patient, der eine Behandlung in einer KP-Einrichtung erhalten hat und bei dem Anzeichen auf finanzielle Härten bestehen (z. B. ausstehende überfällige Rechnungen in der Vergangenheit oder Zahlungsschwierigkeiten), kann von KP oder einem Inkassobüro mittels externer Datenquellen auf Anspruchsberechtigung geprüft werden. Sofern er anspruchsberechtigt ist, erhält der Patient MFA-Unterstützung dann ausschließlich für ausstehende qualifizierbare Rechnungen.
- 5.5.2.1 Feststellung der Leistungsberechtigung durch KP.** KP darf einen Patienten auf Anspruchsberechtigung prüfen, bevor seine ausstehenden Rechnungen an ein Inkassobüro weitergegeben werden.
 - 5.5.2.1.1 Ausstehende Selbstzahler-Rechnungen.** KP prüft Patientinnen und Patienten, die zur Übergabe an ein Inkassobüro identifiziert wurden, auf Basis der in Abschnitt *5.6.1 Antragskriterien* beschriebenen Bedürftigkeitskriterien Anspruchsberechtigung.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 10 von 27

5.5.2.1.2 Anzeichen für eine finanzielle Notlage. Für einige Patienten mit ausstehenden Rechnungen mögen keine Daten zu ihrer Finanzsituation vorliegen, doch mag eine Bestimmung ihrer Leistungsberechtigung aufgrund anderer, KP bekannt gewordener Anzeichen für eine finanzielle Notlage dennoch möglich sein. Ausstehende Rechnungen, für die MFA-Hilfe gewährt wird, werden nicht weiter eingetrieben. Anzeichen für eine finanzielle Notlage liegen in folgenden, aber auch in anderen Fällen vor:

5.5.2.1.2.1 Der Patient ist kein US-Bürger und verfügt über keinerlei Bürgerschaft, Sozialversicherungsnummer, Steuerunterlagen oder gültige Rechnungsadresse; er hat KP kein Konto mitgeteilt und angemessene Inkassobemühungen zeigen, dass er in seinem Herkunftsland über keine finanziellen Mittel oder Vermögenswerte verfügt.

5.5.2.1.2.2 Der Patient hat ausstehende Rechnungen für früher erbrachte KP-Dienstleistungen und befindet sich seither für längere Zeit im Gefängnis; er ist nicht verheiratet; es gibt keine Hinweise auf ein Einkommen und KP konnte den Patienten nicht kontaktieren.

5.5.2.1.2.3 Der Patient ist verstorben und hat keinen Nachlass bzw. kein Vermögen hinterlassen; auch ist kein Verwandter bekannt, der für Schulden haften würde.

5.5.2.1.2.4 Der Patient ist verstorben und das Testament bzw. der Nachlass lassen Insolvenz erkennen.

5.5.2.2 Feststellung der Leistungsberechtigung durch Inkassobüro. Ausstehende Rechnungen, die einem Inkassobüro übergeben wurden, werden von diesem routinemäßig auf Förderungswürdigkeit und das Vorliegen einer finanziellen Notlage überprüft.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 11 von 27

5.5.2.2.1 Anzeichen für eine finanzielle Notlage.

Inkassobüros führen eine unabhängige Überprüfung der Patientenkonten durch und nutzen dabei auch andere Finanzinformationen (z. B. frühere Insolvenzen, nicht von KP stammende Schulden, die Kreditgeschichte, Zahlungsbereitschaft usw.) sowie sozioökonomische Indizien (z. B. Wohneigentum), die eine finanzielle Notlage nahelegen können. Sofern er oder sie anspruchsberechtigt ist, erhält der Patient MFA-Unterstützung dann ausschließlich für ausstehende qualifizierbare Rechnungen. Die ausstehenden Rechnungen werden an KP zurückgesandt, in die MFA-Hilfe aufgenommen und nicht weiter eingetrieben.

5.6 Antragskriterien. Wie in Abschnitt V der regionenspezifischen Addenda zusammengefasst, kann ein Patient, der MFA beantragt, für finanzielle Unterstützung nach Kriterien des Einkommens oder auch hoher medizinischer Ausgaben qualifiziert werden. Siehe *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.6.1 Bedürftigkeitskriterien. Ein Patient wird auf Erfüllung der Einkommensqualifikationskriterien geprüft.

5.6.1.1 Qualifikation basierend auf der Höhe des Einkommens.

Ein Patient mit einem Bruttohaushaltseinkommen unter oder gleich der Einkommensgrenze von KFHP/H, als Prozentanteil der US-Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Vermögen wird im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung nicht berücksichtigt.

5.6.1.2 Haushaltseinkommen.

Einkommensanforderungen gelten für die Mitglieder des Haushalts. Unter einem Haushalt ist eine einzelne natürliche Person oder eine Gruppe von zwei oder mehr natürlichen Personen zu verstehen, die durch Geburt, Ehe oder Adoption miteinander verbunden sind und zusammenleben. Zu den Haushaltsmitgliedern können Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Kinder, pflegende Angehörige, Kinder von pflegenden Angehörigen und andere natürliche Personen gehören, für die die einzelne natürliche Person, der Ehegatte, der Lebenspartner oder der Elternteil finanziell verantwortlich ist, der oder die im Haushalt lebt.

5.6.2 Kriterien für hohe medizinische Ausgaben. Ein Patient wird daraufhin beurteilt, ob er die Antragskriterien in Bezug auf hohe medizinische Ausgaben erfüllt.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 12 von 27

5.6.2.1 Anspruchsberechtigung aufgrund hoher medizinischer Ausgaben. Ein Patient jedes Bruttohaushaltseinkommensniveaus mit selbst zu bezahlenden medizinischen und Apothekenausgaben für qualifizierte Leistungen, die über einen 12-Monats-Zeitraum mindestens zehn Prozent des jährlichen Haushaltseinkommens betragen, ist leistungsberechtigt.

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

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

5.6.2.1.2.1 Wenn der Nicht-KFHP/H-Anbieter, bei dem die Kosten anfallen, ein finanzielles Hilfsprogramm anbietet, für das der Patient möglicherweise in Frage kommt, muss der Patient einen entsprechenden Antrag stellen, bevor seine Kosten als erstattungsfähige medizinische Ausgaben anerkannt werden können.

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

5.7 Ablehnungen und Revisionen

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

5.7.2 Bei einer MFA-Ablehnung Revision einlegen. Patienten, denen eine MFA verweigert wurde oder denen eine MFA in ihrer Ansicht nach zu

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 13 von 27

niedriger Höhe bewilligt wurde, können gegen diese Entscheidungen Einspruch einlegen. Wir ermutigen Patienten, Einspruch einzulegen, wenn sie (1) noch keine Belege ihrer finanziellen Situation vorgelegt hatten oder (2) sich ihr Haushaltseinkommen geändert hat. Anleitungen zum Einspruchsverfahren können den MFA-Ablehnungsschreiben, den MFA-Bewilligungen und der MFA-Webseite entnommen werden. Einsprüche werden von den dafür zuständigen KFHP/H-Mitarbeitern geprüft. Patienten werden schriftlich über den Ausgang ihres Einspruchs informiert. Gegen Entscheidungen über Einsprüche besteht keine Einspruchsmöglichkeit mehr.

5.8 Bewilligungsstruktur. MFA-Zuschüsse werden auf förderfähige überfällige, ausstehende oder einem Inkassobüro übergebene Rechnungen sowie auf ausstehende Gebühren gewährt. MFA-Bewilligungen können sich auch auf spätere Zeiträume beziehen, für die ein KP-Anbieter nachsorgende Dienstleistungen festgelegt hat.

5.8.1 Grundlage der Bewilligung. Die durch eine MFA-Bewilligung übernommenen Ausgaben richten sich danach, ob der Patient krankenversichert und wie hoch sein Haushaltseinkommen ist.

5.8.1.1 Für MFA anspruchsberechtigter Patient ohne Krankenversicherung (unversichert). Ein anspruchsberechtigter, unversicherter Patient erhält einen Rabatt auf alle qualifizierten Leistungen.

5.8.1.2 Für MFA anspruchsberechtigter Patient mit Krankenversicherung (versichert). Ein anspruchsberechtigter, versicherter Patient erhält einen Rabatt auf die Kosten für alle zulässigen Leistungen, (1) für die er persönlich verantwortlich ist und (2) die nicht von seinem Versicherungsträger bezahlt werden. Der Patient muss Informationen wie z. B. eine Erklärung der Leistungen (Explanation of Benefits, EOB) bereitstellen, um den Teil der Rechnung zu bestimmen, der nicht von der Versicherung übernommen wird. Ein anspruchsberechtigter, versicherter Patient ist verpflichtet, bei seinem Versicherungsträger Widerspruch gegen abgelehnte Ansprüche einzulegen. Anspruchsberechtigte, versicherte Patienten müssen einen Nachweis über die Ablehnung des Widerspruchs seitens ihres Versicherungsträgers vorlegen.

5.8.1.2.1 Vom Versicherungsträger erhaltene Zahlungen. Ein anspruchsberechtigter, versicherter Patient muss alle von seinem Versicherungsträger erhaltenen Zahlungen für von KFHP/H erbrachte Leistungen an KFHP/H überschreiben.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 14 von 27

5.8.1.3 Rabattschema. Der Betrag, den KP einem für die Medizinische Finanzunterstützung qualifizierten Patienten zahlt, ist abhängig von der Art des Kriteriums, aufgrund dessen sich dieser für das Programm qualifiziert. Weitere Informationen über nach dieser Richtlinie mögliche Rabatte sind im entsprechenden Addendum zusammengefasst. Siehe *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.8.1.3.1 Mutmaßende Bestimmung der Leistungsberechtigung – Vorabanerkennung der Leistungsberechtigung. Eine Patientin oder ein Patient, deren bzw. dessen MFA-Leistungsberechtigung vorab anerkannt wurde (wie in Abschnitt 5.4.1 zusammengefasst), erhält einen 100-prozentigen MFA-Rabatt auf die von ihr oder ihm zu tragenden Kosten oder von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.3.2 Mutmaßende Bestimmung der Leistungsberechtigung – Ausstehende Selbstzahler-Rechnungen. Eine Patientin oder ein Patient, die oder der das Bedürftigkeitskriterium erfüllt, erhält einen gleitenden MFA-Rabatt auf die Patientenkosten oder einen Anteil an den von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.3.3 Mutmaßende Bestimmung der Leistungsberechtigung – Anzeichen für eine finanzielle Notlage. Eine Patientin oder ein Patient, bei der oder dem es Anzeichen für eine finanzielle Notlage gibt, erhält einen Rabatt in Höhe von 100 % auf die von ihr oder ihm zu tragenden Kosten oder von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.3.4 Mutmaßende Bestimmung der Leistungsberechtigung durch Inkassobüro. Eine Patientin oder ein Patient, bei der oder dem eine finanzielle Notlage vorliegt, erhält einen Rabatt in Höhe von 100 % auf die Patientenkosten oder einen Anteil an den von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.3.5 Patient erfüllt Bedürftigkeitskriterium. Eine Patientin oder ein Patient, die oder der das

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 15 von 27

Bedürftigkeitskriterium erfüllt, erhält einen gleitenden MFA-Rabatt auf die Patientenkosten oder einen Anteil an den von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.3.6 Der Patient erfüllt die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben. Eine Patientin oder ein Patient, die oder der die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt, erhält einen Rabatt von 100 % auf die von ihr oder ihm zu tragenden Kosten oder von ihm oder ihr zu verantwortenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen.

5.8.1.4 Rückerstattungen aus Begleichungen. KFHP/H verfolgt die Rückerstattung von Haftpflicht-/Personenversicherungsschutzabrechnungen, Zahlstellen oder anderen rechtlich verantwortlichen Parteien, sofern anwendbar.

5.8.2 Leistungsqualifikationszeitraum. Der Bewilligungszeitraum für nachsorgende Dienstleistungen beginnt am Tag der Genehmigung oder an dem Tag, an dem Leistungen bereitgestellt bzw. Medikamente ausgegeben wurden. Der Bewilligungszeitraum ist begrenzt und wird von KP nach eigenem Ermessen auf verschiedene Weise bestimmt, einschließlich:

5.8.2.1 Spezifischer Zeitraum. Ein Maximum von 365 Tagen für in Frage kommende nachsorgende Dienstleistungen und ausstehende Patientenrechnungen, die noch nicht als uneinbringbar eingestuft wurden.

5.8.2.2 Spezialisierte Pflege, betreute Dienste und vorübergehende Pflege. Maximal 30 Tage für außerhalb von KP erbrachte Leistungen.

5.8.2.3 Dauerhafte medizinische Produkte. Ein Maximum von 180 Tagen für von einem Verkäufer bereitgestellte medizinische Produkte.

5.8.2.4 Verhandlungsverlauf oder Pflegeepisode. Ein Maximum von 180 Tagen für einen Behandlungsverlauf und/oder eine Pflegeepisode, wie durch einen KP-Anbieter bestimmt.

5.8.2.5 Patienten, die potentiell für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme qualifiziert sind. Ein Maximum von 90 Tagen, um Patienten bei der Beantragung öffentlicher oder privater Krankenversicherungsunterstützung behilflich zu sein.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 16 von 27

- 5.8.2.6 Einmalige Apothekenbewilligung.** Vor Antragstellung im Rahmen des MFA-Programms ist ein Patient für eine einmalige Apothekenbewilligung qualifiziert, wenn er (1) keine MFA-Bewilligung hat, (2) ein von einem KP-Anbieter verschriebenes Rezept in einer KFHP/H-Apotheke abholen möchte, (3) die Unfähigkeit zum Ausdruck bringt, für das Rezept zu bezahlen, und (4) ein Finanzberater, der die MFA-Leistungsberechtigung feststellen könnte, nicht verfügbar ist. Die einmalige Bewilligung ist pro Patient nur einmal möglich, auf einen Tag begrenzt und beinhaltet eine angemessene Menge des Medikaments, wie von einem KP-Anbieter als medizinisch angemessen bestimmt.
- 5.8.2.7 Finanzielle Unterstützung erneut beantragen.** Beginnend dreißig (30) Tage vor Ende des bestehenden Bewilligungszeitraums und jederzeit danach kann ein Patient einen erneuten Antrag stellen.
- 5.8.3 Bewilligung widerrufen, zurückgezogen oder ergänzt.** KFHP/H kann einen MFA-Zuschuss in bestimmten Situationen nach eigenem Ermessen widerrufen, zurücknehmen oder ändern. Gründe können sein:
- 5.8.3.1 Betrug, Diebstahl oder Änderungen der finanziellen Lage.** Bei Betrug, falscher Darstellung, Diebstahl, Änderungen der finanziellen Lage eines Patienten oder anderen Umständen, die die Integrität des MFA-Programms unterminieren.
- 5.8.3.2 Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme.** Ein Patient, der auf die Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme überprüft wird und als qualifiziert betrachtet wird, aber nicht dem Antragsprozess solcher Programme folgt.
- 5.8.3.3 Andere Zahlungsquellen identifiziert.** Werden Krankenversicherungs- oder andere Zahlungsquellen identifiziert, nachdem ein Patient eine MFA-Bewilligung erhalten wird, so werden die Kosten für qualifizierte Leistungen rückwirkend in Rechnung gestellt. In einem solchen Fall wird dem Patienten jener Teil einer Rechnung nicht berechnet, (1) für den er persönlich verantwortlich ist und (2) der nicht von ihm oder seiner Krankenversicherung oder einer anderen Zahlquelle bezahlt wird.
- 5.8.3.4 Änderung des Krankenversicherungsschutzes.** Ein Patient, bei dem eine Änderung des Krankenversicherungsschutzes eintritt, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 17 von 27

5.8.3.5 Änderung des Haushaltseinkommens. Ein Patient, dessen Haushaltseinkommen sich ändert, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

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

5.9.1 Allgemein berechnete Beträge (AGB). Die allgemein berechneten Beträge (AGB) für Notall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen für Einzelpersonen mit Versicherungsschutz werden für KP-Einrichtungen wie in Abschnitt VII des geltenden regionsspezifischen Addendums beschrieben bestimmt. Siehe die *Addenda for Kaiser Permanente Regions, Attachments 1-8*.

5.10 Inkassomaßnahmen

5.10.1 Angemessene Benachrichtigungsbemühungen. KFHP/H oder ein von KFHP/H beauftragtes Inkassobüro unternehmen angemessene Anstrengungen mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten mit überfälligen oder ausstehenden Rechnungen über das MFA-Programm zu informieren. Angemessene Benachrichtigungsbemühungen umfassen:

5.10.1.1 Eine schriftliche Mitteilung innerhalb von 120 Tagen nach der ersten Rechnungsstellung nach der Entlassung, in der der Kontoinhaber informiert wird, dass berechnete Personen MFA beantragen können.

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

5.10.1.3 Die Bereitstellung einer in einfacher Sprache gehaltenen Zusammenfassung der MFA-Richtlinie zusammen mit der ersten Patientenerklärung des Krankenhauses.

5.10.1.4 Den Versuch, den Kontoinhaber mündlich über die MFA-Richtlinie und die Beantragung von Unterstützung während des MFA-Antragsprozesses zu informieren.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 18 von 27

5.10.1.5 Auf Nachfrage die Bestimmung der Antragsberechtigung, bevor überfällige oder ausstehende Patientenrechnungen am ein Inkassobüro übergeben werden.

5.10.2 Suspendierung außerordentlicher Inkassomaßnahmen.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECAs) werden von KFHP/H weder ergriffen noch beauftragten Inkassobüros erlaubt, sofern sie gegen Patientinnen und Patienten gerichtet wären, die

5.10.2.1 eine gültige MFA-Bewilligung besitzen oder

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

5.10.3 Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen.

5.10.3.1 Endgültige Bestimmung angemessener Bemühungen. Vor der Einleitung von ECAs muss der regionale Revenue Cycle Patient Financial Services Leader (Verantwortlicher für Umsatzzyklus-Patientenfinanzleistungen) Folgendes sicherstellen:

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

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

5.10.3.2 Meldung an Auskunftsteilen. KFHP/H oder ein in seinem Namen agierendes Inkassobüro können nachteilige Informationen an Auskunftsteilen weitergeben.

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

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

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

5.10.3.3.2.1 Pfändung von Lohngeldern

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 19 von 27

5.10.3.3.2.2 Gerichtsverfahren/Zivilklagen.

Klagen werden nicht gegen Personen angestrengt, die arbeitslos sind oder keine anderen signifikanten Einkommensquellen haben.

5.10.3.3.2.3 Pfandverschreibungen auf Immobilien.

5.10.4 Verbotene außerordentliche Inkassomaßnahmen. Unter keinen Umständen ergreift oder erlaubt KFHP/H, oder erlaubt KFHP/H Inkassobüros, folgende Maßnahmen:

5.10.4.1 das Aufschieben oder Verweigern einer Behandlung wegen der Nichtbezahlung einer vorherigen Rechnung oder das Verlangen von Vorkasse als Vorbedingung für die Bereitstellung einer Notfall- oder medizinisch notwendigen Leistung.

5.10.4.2 Verkauf der Verpflichtungen eines Kontoinhabers an einen Dritten.

5.10.4.3 Zwangsvollstreckung oder Beschlagnahmung von Konten.

5.10.4.4 Anforderung von Haftbefehlen.

5.10.4.5 Anforderung von Ergreifungen

5.11 Maßnahmen bei Katastrophen und öffentlichem Gesundheitsnotstand.

KFHP/H darf die Bewilligungskriterien und das Antragsverfahren seines MFA-Programms vorübergehend ändern, um die Unterstützung für Gemeinschaften und Patientinnen und Patienten zu verbessern, welche von einem allgemein bekannten Ereignis betroffen sind, das von der bundesstaatlichen oder Bundesregierung als Katastrophe oder öffentlicher Gesundheitsnotstand eingestuft wurde.

5.11.1 Mögliche Änderungen in Bezug auf die Bewilligungskriterien.

Vorübergehende Änderungen in Bezug auf die Bewilligungskriterien können beinhalten:

5.11.1.1 die Aussetzung von Bewilligungsbeschränkungen

5.11.1.2 die Erhöhung des Einkommensschwellenwerts

5.11.1.3 die Absenkung des Schwellenwerts in Bezug auf das Kriterium der hohen medizinischen Ausgaben.

5.11.2 Mögliche Änderungen in Bezug auf das Antragsverfahren.

Vorübergehende Änderungen in Bezug auf das MFA-Antragsverfahren können beinhalten:

5.11.2.1 Einem Patienten zu erlauben, grundlegende Informationen über seine Finanzlage bereitzustellen (d. h. über die Höhe des Einkommens, sofern vorhanden, und dessen Quelle) und die

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 20 von 27

Gültigkeit der Informationen zu bestätigen, wenn (1) sein Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen wegen des Katastropheneignisses nicht verfügbar sind und (3) kein anderer Beleg vorhanden ist, um die Qualifikation nachzuweisen.

5.11.2.2 die Berücksichtigung künftigen, auf das Ereignis zurückgehenden Lohn- oder Arbeitsplatzverlustes bei der Bestimmung des Haushaltseinkommens.

5.11.3 Der Öffentlichkeit zugängliche Informationen. Informationen über vorübergehende Änderungen am MFA-Programm werden auf der MFA-Programm-Internetseite und in KP-Gebäuden in den betroffenen Gebieten veröffentlicht.

6.0 Anhänge/Referenzen

6.1 Anhänge

- 6.1.1** Anhang A – Regional spezifische Bestimmungen
- 6.1.2** Anhang B – Glossar

6.2 Anlagen

- 6.2.1** Anlage 1 – Addendum für Kaiser Permanente Colorado
- 6.2.2** Anlage 2 – Addendum für Kaiser Permanente Georgia
- 6.2.3** Anlage 3 – Addendum für Kaiser Permanente Hawaii
- 6.2.4** Anlage 4 – Addendum für Kaiser Permanente Mittlere Ostküstenstaaten
- 6.2.5** Anlage 5 – Addendum für Kaiser Permanente Nordkalifornien
- 6.2.6** Anlage 6 – Addendum für Kaiser Permanente Nordwest
- 6.2.7** Anlage 7 – Addendum für Kaiser Permanente Südkalifornien
- 6.2.8** Anlage 8 – Addendum für Kaiser Permanente Washington

6.3 Weitere Referenzen

- 6.3.1** Patient Protection and Affordable Care Act (Gesetz zum Schutz der Patientinnen und Patienten und für erschwingliche Behandlungen), Public Law 111-148 (124 Stat. 119 (2010))
- 6.3.2** Federal Register (Bundesregister) und die Annual Federal Poverty Guidelines (Jährliche Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung, FPG)
- 6.3.3** Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H (Form 990) (Interne Veröffentlichung der Bundessteuerbehörde, 2014 Anweisungen für Plan H (Formular 990))
- 6.3.4** Hinweis der Bundessteuerbehörde 2010-39

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 21 von 27

- 6.3.5** Internal Revenue Service Code, 26 US-Bundesgesetzbuch (Code of Federal Regulations, CFR) Teile 1, 53 und 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Zusätzliche Anforderungen an Gemeinnützige Krankenhäuser
- 6.3.6** California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition (Kalifornische Krankenhausgesellschaft – Hospital Financial Assistance Policies und Community Benefit Laws, Ausgabe 2015)
- 6.3.7** Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition (Katholische Gesundheitsvereinigung der Vereinigten Staaten – Ein Leitfaden für Planung und Erhebung der Vorteile für die Community vor Ort, Ausgabe 2012)
- 6.3.8** Anbieterlisten Anbieterlisten stehen auf den KFHP/H-Websites zur Verfügung für:
 - 6.3.8.1** Kaiser Permanente of Hawaii (www.kp.org/mfa/hawaii)
 - 6.3.8.2** Kaiser Permanente of Northwest (www.kp.org/mfa/nw)
 - 6.3.8.3** Kaiser Permanente of Northern California (www.kp.org/mfa/ncal)
 - 6.3.8.4** Kaiser Permanente of Southern California (www.kp.org/mfa/scal)
 - 6.3.8.5** Kaiser Permanente of Washington (www.kp.org/mfa/wa)

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 22 von 27

Anhang B – Glossar

Community-MFA (CMFA) meint geplante medizinische Unterstützungsprogramme, die mit Community-basierten und Safety-Net-Organisationen zusammenarbeiten, um un- bzw. unterversicherten Patienten mit niedrigem Einkommen in KP-Einrichtungen notwendige medizinische Leistungen bereitzustellen.

Inkassobüro meint eine Person oder Organisation, die mittels direkter oder indirekter Handlungen, Verhaltensweisen oder Praktiken einen einem Gläubiger oder Schuldaukäufer tatsächlich oder mutmaßlich geschuldeten Betrag eintreibt oder einzutreiben versucht.

Dauerhafte medizinische Produkte (DME) umfassen neben anderem Standardstöcke, Krücken, Inhalationsapparate, Hilfsmittel, an einer Tür zuhause zu befestigende Zuggeräte zur Entlastung der Wirbelsäule, Rollstühle, Gehhilfen (Rollatoren), Krankenhausbetten und Sauerstoff für die Nutzung zuhause, wie im Rahmen der DME-Kriterien angegeben. DME umfassen keine Orthesen, Prothesen (z. B. dynamische Splints/Orthesen und künstliche Larynx mit Zubehör) und keine nicht-verschreibungspflichtigen Materialien und medizinischen Textilprodukte (z. B. urologisches Zubehör und Wundzubehör).

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

Externe Datenquellen sind Drittanbieter, die beauftragt werden, die persönlichen Informationen eines Patienten zu überprüfen, um so den finanziellen Unterstützungsbedarf mittels eines Modells zu bestimmen, das auf öffentlichen Datenbanken basiert und die individuelle Zahlungsfähigkeit eines jeden Patienten nach denselben Standards bewertet.

Offizielle Richtlinien zur Armutsgrenze der US-Regierung (FPG) meint die jährlich festgelegten Einkommensgrenzen für Armut, die vom United States Department of Health and Human Services bestimmt und jährlich im Federal Register aktualisiert werden.

Finanzielle Beratung meint das Verfahren zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Erkundung der verschiedenen Optionen zur Finanzierung der in KP-Einrichtungen erbrachten, zu bezahlenden Leistungen bzw. deren Abdeckung durch entsprechenden Krankenversicherungsschutz. Patienten, die finanzielle Beratung in Anspruch nehmen können, umfassen u. a. Selbstzahler, Unversicherte und Unterversicherte sowie solche, die die Unfähigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die volle vom Patienten zu entrichtende Zahlung zu erbringen.

Wohnungslos – Ein Status-Deskriptor für die Wohnsituation einer Person, die Folgendes beinhalten kann: Die Person

- wohnt an Orten, die nicht als Wohnungen für Menschen vorgesehen sind, wie Autos, Parks, Gehwege, verlassene Gebäude (auf der Straße),
- wohnt in einer Notunterkunft,

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 23 von 27

- wohnt in Übergangs- oder subventionierten Wohnungen für Obdachlose, die von der Straße oder aus einer Notunterkunft kommen,
- wohnt an einem der oben genannten Orte, verbringt aber eine kurze Zeit (bis zu 30 aufeinander folgende Tage) in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung,
- wird innerhalb der nächsten Woche aus einer Privatwohnung gewiesen oder flieht aus einer Situation häuslicher Gewalt und hat noch keine Folgewohnung und weder die Ressourcen noch das Unterstützungsnetzwerk, um eine Unterkunft beziehen zu können,
- wird innerhalb der nächsten Woche aus einer Einrichtung wie etwa einer psychiatrischen Einheit oder Einrichtung zur Behandlung von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, in der die Person mehr als 30 aufeinander folgende Tage lang wohnte, entlassen und hat noch keine Folgewohnung und weder die Ressourcen noch das Unterstützungsnetzwerk, um eine Unterkunft beziehen zu können.

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

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

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

Medizinische Finanzunterstützung (MFA) meint ein Programm, das Gelder zur Übernahme medizinischer Kosten qualifizierter Patienten bewilligt, die einen Teil oder die gesamten Kosten medizinisch notwendiger Leistungen nicht übernehmen können und alle öffentlichen und privaten Unterstützungsquellen ausgeschöpft haben. Einzelpersonen müssen die Programmkriterien erfüllen, um Unterstützung zu erhalten, mit der sie ihre Patientenkosten teilweise oder vollständig bezahlen können.

Medizinisches Material meint nicht wiederverwendbare medizinische Materialien wie Schienen, Schlingen, Wundverbände und Pflaster, die von einem zugelassenen Gesundheitsdienstleister während einer medizinisch notwendigen Behandlung verwendet werden, ausschließlich solcher Materialien, die von einem Patienten von einer anderen Quelle erworben wurden.

Patientenkosten meint den einem Patienten für in KP-Einrichtungen (z. B. Krankenhäusern, krankenzugehörigen Kliniken, medizinischen Zentren, medizinischen Bürogebäuden und ambulanten Apotheken) erbrachte Leistungen in Rechnung gestellten Anteil, der von der Krankenversicherung oder einem öffentlichen finanzierten Gesundheitsprogramm nicht erstattet wird.

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

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 24 von 27

Safety Net meint ein System von staatlichen Stellen und/oder Wohltätigkeitsorganisationen, die direkte medizinische Leistungen für Unversicherte in einem öffentlichen Krankenhaus, einer Community-Klinik, Kirche, einem Obdachlosenasyll, einer mobilen Gesundheitseinheit, Schule usw. bereitstellen.

Unterversicherte/r meint eine Einzelperson, die zwar eine Krankenversicherung hat, aber feststellt, dass die Verpflichtung zur Zahlung von Versicherungsprämien, Selbstbeteiligungen und Mitversicherungen eine solch große finanzielle Belastung darstellt, dass sie aufgrund der Eigenkosten notwendige medizinische Leistungen aufschiebt oder nicht in Anspruch nimmt.

Unversicherte/r meint eine Einzelperson, die keine Krankenversicherung hat oder keine von der US- oder von Bundesstaatsregierungen finanzierten Geldleistungen erhält, um die Kosten der eigenen Gesundheitsversorgung tragen zu können.

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

Ergreifung meint einen von einem Gericht eingeleiteten Prozess, der darauf zielt, die Behörden anzuweisen, eine Person wegen eines zivilrechtlichen Verstoßes vor Gericht zu bringen, ähnlich wie bei einem Haftbefehl.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 25 von 27

ADDENDUM: Kaiser Permanente Northern California

DATUM DES INKRAFTTRETENS DES 1. Juni 2023

ADDENDUMS:

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Diese Richtlinie gilt für sämtliche KFHP-/H-Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, krankenzugehörige Kliniken, medizinische Zentren oder medizinbezogene Bürogebäude) und ambulanten Apotheken. In Nordkalifornien hat Kaiser Foundation Hospitals folgende Krankenhäuser:

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

Hinweis: Kaiser Foundation Hospitals erfüllen die Auflagen der Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code § 127400.

- II. Zusätzliche Leistungen, die im Rahmen der MFA-Richtlinie zugelassen bzw. nicht zugelassen sind**

a. Zugelassene zusätzliche Dienstleistungen

- i. **Transport wohnungsloser Patientinnen und Patienten.** Die Transporte stehen obdachlosen Patientinnen und Patienten in Notfällen wie in Nicht-Notfall-Situationen zur Verfügung, um die Entlassung aus einem KP-Krankenhaus oder einer KP-Notfallambulanz zu erleichtern.

b. Weitere nicht qualifizierte Leistungen

- i. Hörgeräte
ii. Optische Hilfen

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

- IV. Programminformationen und MFA-Beantragung.** MFA-Programminformationen einschließlich der MFA-Richtlinie selbst, Antragsformulare, Anweisungen und Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Programmbroschüren) stehen der allgemeinen

Proprietary Information. Kaiser Permanente. All rights reserved.

Publication, duplication, disclosure or use for any purpose not expressly authorized in writing is prohibited.

Printed copies are for reference only. Please see electronic copy for latest approved version.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 26 von 27

Öffentlichkeit kostenlos in elektronischer Form oder auf Papier zur Verfügung. Patientinnen und Patienten können ihre Aufnahme in das MFA-Programm während oder nach einer von KFHP/H erhaltenen Behandlung beantragen, und zwar auf verschiedene Weise, etwa online, persönlich, telefonisch oder schriftlich auf Papier. (Siehe die Abschnitte 5.3 und 5.4 der Police.)

- a. **Online-Ausfüllung und -Einreichung des Antragsformulars auf der Webseite der KFHP/H.** Patientinnen und Patienten können Anträge auf elektronischem Weg über die MFA-Webseite unter www.kp.org/mfa/ncal verfassen und einreichen.
 - b. **Programminformationen von der Webseite der KFHP/H herunterladen.** Die Programminformationen sind in elektronischer Form auf der MFA-Website unter www.kp.org/mfa/ncal erhältlich.
 - c. **Programminformationen elektronisch anfordern.** Die Programminformationen können per E-Mail an MFA-Public-Inbox@kp.org angefordert werden.
 - d. **Programminformationen persönlich erhalten oder Antrag persönlich stellen.** Programminformationen sind in den Abteilungen Aufnahme und Notaufnahme in den in Abschnitt I, *Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführten Krankenhäusern erhältlich.
 - e. **Programminformationen telefonisch erhalten oder Antrag telefonisch stellen.** Es stehen Berater telefonisch zur Verfügung, die Informationen bereitstellen, die MFA-Qualifikation ermitteln und Patienten bei der MFA-Beantragung helfen. Sie erreichen die Berater unter der
Telefonnummer: 1-800-390-3507
 - f. **Programminformationen per Post anfordern oder Antrag per Post stellen.** Ein Patient kann Programminformationen anfordern und MFA beantragen, indem er den vollständigen MFA-Programmantrag per Post einsendet. Informationsanfragen und Anträge können gesendet werden an:
Kaiser Permanente
Medical Financial Assistance
P. O. PO Box 30006
Walnut Creek, CA 94598
 - g. **Ausgefüllten Antrag persönlich einreichen.** Ausgefüllte Anträge können in jedem Kaiser Foundation Hospital in den Abteilungen Aufnahme für Patienten oder Finanzberatung persönlich abgegeben werden.
- V. Antragskriterien.** Die der Entscheidung über die Aufnahme in das MFA-Programm zugrundezulegenden Antragskriterien umfassen auch das Haushaltseinkommen des Patienten oder der Patientin. (Siehe Abschnitt 5.5.1 der Richtlinie.)
- a. **Bedürftigkeitskriterium:** bis zu 400 % der Armutsgrenze der US-Regierung (Federal Poverty Guidelines).

Proprietary Information. Kaiser Permanente. All rights reserved.

Publication, duplication, disclosure or use for any purpose not expressly authorized in writing is prohibited.

Printed copies are for reference only. Please see electronic copy for latest approved version.

TITEL DER RICHTLINIE Medical Financial Assistance	NUMMER DER RICHTLINIE NATL.CB.307
VERANTWORTLICHE ABTEILUNG National Community Health	DATUM DES INKRAFTTRETENS 1. Januar 2023
EIGENTÜMER DES DOKUMENTS Direktor Medizinische Finanzunterstützung	SEITE 27 von 27

VI. Rabattschema. Der Betrag, den KP einem für die Medizinische Finanzunterstützung qualifizierten Patienten zahlt, ist abhängig von der Art des Kriteriums, aufgrund dessen sich dieser für das Programm qualifiziert.

- a. **Der Patient erfüllt das Bedürftigkeitskriterium.** Eine Patientin oder ein Patient, die oder der das Bedürftigkeitskriterium erfüllt, erhält einen abgestuften Rabatt auf die Patientenkosten oder einen Anteil an den Gebühren für KP-Dienstleistungen, für die sie oder er selbst verantwortlich ist. Die Höhe des Rabatts bestimmt sich auf Grundlage des Haushaltseinkommens im Verhältnis zur von der US-Regierung festgesetzten Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) wie folgt:

US-Armutsgrenze		Finanzieller Unterstützungsrabatt
Von	Bis	
0 %	200 %	100 % Rabatt
201 %	400 %	50 % Rabatt

Sollte ein nur teilweiser Rabatt (weniger als 100 %) gewährt werden, muss der verbleibende Rechnungsbetrag vollständig bezahlt werden. Allerdings hat der Patient bzw. die Patientin die Möglichkeit, eine zinslose Ratenzahlung zu vereinbaren.

VII. Basis für die Berechnung der allgemein berechneten Beträge (AGB). KFHP/H berechnet die AGB für Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen mittels des Look-back-Verfahrens, bei dem die Bruttogebühren mit dem AGB-Satz multipliziert werden. Informationen zum AGB-Satz und zur AGB-Berechnung finden Sie auf der MFA-Website der KFHP/H unter www.kp.org/mfa/ncal.

VIII. Rückerstattungen Sollte KP von einem Patienten oder einer Patientin, die in das MFA-Programm aufgenommen sind, versehentlich eine Zahlung angefordert und erhalten haben, wird der entsprechende Betrag zurückerstattet.

- a. Zinsen werden zu dem in Abschnitt 685.010 des Code of Civil Procedure festgelegten Satz ab dem Datum berechnet, an dem die Zahlung der Patientin oder des Patienten beim Krankenhaus eingegangen ist. Der aktuelle Satz beträgt 10 %.