



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 1 di 20

1.0 Dichiarazione di Politica

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) e Kaiser Foundation Hospitals (KFH) si impegnano impegnati a fornire programmi che semplificano l'accesso all'assistenza per popolazioni vulnerabili. Questo impegno comprende l'erogazione di assistenza finanziaria a pazienti idonei a basso reddito, non assicurati e sotto-assicurati, laddove la possibilità di pagare i servizi è di ostacolo all'accesso a prestazioni di emergenza e all'assistenza medica necessaria.

2.0 Scopo

Questa Politica descrive i requisiti di idoneità da soddisfare per ricevere assistenza finanziaria per prestazioni di emergenza e servizi medici necessari mediante il programma di Assistenza medico-finanziaria (Medical Financial Assistance, MFA). I requisiti sono conformi alle norme di cui alla Sezione 501(r) del Codice di Diritto Tributario USA (United States Internal Revenue Code) e alle normative statali in vigore in materia di servizi sovvenzionabili, di come ottenere l'accesso, dei criteri di idoneità ai programmi, della struttura delle assegnazioni di MFA, della base di calcolo degli importi delle assegnazioni e delle azioni consentite in caso di mancato pagamento di fatture mediche.

3.0 Area di applicazione

La presente Politica è valida per i dipendenti assunti dalle seguenti entità e loro sussidiarie (collettivamente denominate "KFHP/H"):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals; e
- 3.3** sussidiarie KFHP/H.
- 3.4** Questa Politica è valida per i Kaiser Foundation Hospitals e le cliniche ospedaliere affiliate, presenti nell'APPENDICE, *Sezione I, Kaiser Foundation Hospitals*, e ivi incorporate per riferimento.

4.0 Definizioni

Consultare l'Appendice A – Glossario dei termini.

5.0 Disposizioni

KFHP/H gestisce un programma MFA con accertamento delle fonti di reddito onde mitigare le barriere economiche alla possibilità di erogare le cure mediche necessarie a pazienti idonei, a prescindere da caratteristiche quali età, disabilità, genere, razza, affiliazione religiosa o stato di immigrazione, orientamento sessuale, origine nazionale del paziente e che questi goda o meno di copertura sanitaria.

- 5.1 Servizi sovvenzionabili e non sovvenzionabili in virtù della politica MFA.** Salvo ove diversamente specificato nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Ulteriori servizi sovvenzionabili e non sovvenzionabili, conformemente alla politica MFA.*

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 2 di 20

5.1.1 Servizi sovvenzionabili. L'assistenza MFA può trovare applicazione per servizi medico sanitari necessari e prestazioni di emergenza, per prodotti e servizi farmaceutici e articoli medicali forniti presso le strutture Kaiser Permanente (KP) (ad es. ospedali, cliniche ospedaliere, centri medici e poliambulatori) presso le farmacie per pazienti esterni KFHP/H oppure fornitori KP. La MFA può essere applicata ai servizi e prodotti come descritto di seguito:

5.1.1.1 Servizi medici necessari. Assistenza, trattamenti o servizi ordinati oppure erogati da un fornitore KP e necessari per la prevenzione, la valutazione, la diagnosi o il trattamento di una condizione medica, e non finalizzati principalmente a facilitare il paziente o il prestatore di cure sanitarie.

5.1.1.2 Prescrizioni e forniture farmaceutiche. Le prescrizioni presentate presso una farmacia per pazienti esterni KFHP/H e compilate da fornitori KP, fornitori di servizi di emergenza non KP, fornitori di servizi sanitari di emergenza non KP e fornitori convenzionati KP.

5.1.1.2.1 Farmaci generici. Uso preferenziale di farmaci generici, ogni qualvolta possibile.

5.1.1.2.2 Farmaci originali. Farmaci originali prescritti da un fornitore KP con l'annotazione "Dispensare come scritto" ("Dispense as Written", DAW), oppure se è disponibile alcun farmaco generico equivalente.

5.1.1.2.3 Farmaci da banco o forniture farmaceutiche. Con una prescrizione o un ordine scritto da un fornitore KP e distribuito da una farmacia KP per pazienti esterni.

5.1.1.2.4 Beneficiari Medicare. Valido per i beneficiari Medicare per farmaci da prescrizione coperti dalla Medicare, Parte D, sotto forma di esenzione dalla spesa farmaceutica.

5.1.1.3 Apparecchiature mediche durevoli (Durable Medical Equipment, DME). Ordinate da un fornitore KP in accordo alle linee guida DME ed erogate da KFHP/H a un paziente che soddisfa i requisiti sanitari previsti.

5.1.1.4 Corsi di formazione sanitaria. Tariffe associate ai corsi disponibili, programmati ed erogati da KP e consigliati da un fornitore KP nel quadro del piano assistenziale del paziente.

5.1.1.5 Servizi disponibili eccezionalmente. In talune circostanze straordinaria, MFA può applicarsi a (1) servizi erogati presso strutture non KP e (2) DME prescritte oppure ordinate da un fornitore KP e fornite da un venditore/convenzionato come descritto di seguito. Per risultare idoneo al servizio



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 3 di 20

straordinario, il paziente deve soddisfare i criteri di spese mediche elevate descritti nella successiva Sezione 5.6.2.

5.1.1.5.1 Servizi infermieristici specializzati e servizi sanitari intermedi. Forniti da una struttura KP convenzionata a un paziente con cure mediche prescritte per facilitare le dimissioni del paziente da un ospedale.

5.1.1.5.2 Apparecchiature mediche durevoli (DME). DME erogata da un venditore e ordinata da un fornitore KP in accordo alle linee guida DME e fornita da un venditore convenzionato tramite il Dipartimento DME di KFHP/H.

5.1.1.6 Ulteriori servizi sovvenzionabili disponibili. Ulteriori servizi sovvenzionabili in virtù della politica MFA sono identificati nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Ulteriori servizi sovvenzionabili e non sovvenzionabili, conformemente alla Politica MFA.*

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

5.1.2.1 Servizi che non sono considerati di emergenza né servizi medici necessari secondo quanto stabilito da un fornitore KP. Sono compresi, a solo titolo di esempio, i seguenti servizi:

5.1.2.1.1 Interventi o servizi di chirurgia estetica, compresi interventi di dermatologia finalizzati principalmente a migliorare l'estetica del paziente;

5.1.2.1.2 Trattamenti contro l'infertilità;

5.1.2.1.3 Forniture mediche al dettaglio;

5.1.2.1.4 Terapie alternative, incluso agopuntura, chiropratica e massaggi;

5.1.2.1.5 Iniezioni e dispositivi per il trattamento di disfunzioni sessuali;

5.1.2.1.6 Servizi surrogati e

5.1.2.1.7 Servizi correlati a responsabilità di terzi, protezione assicurativa personale oppure casi di copertura infortuni sul lavoro.

5.1.2.1.8 Servizi per pazienti con assicurazione sanitaria non KP. Servizi non di emergenza o non urgenti e forniture di prodotti farmaceutici per pazienti esteri previsti dalla copertura sanitaria non KP del paziente che richiedono il ricorso a una rete specifica di farmacie e fornitori preferenziali non KP.



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 4 di 20

- 5.1.2.2 Prescrizioni e forniture farmaceutiche.** Prescrizioni e forniture non considerate di emergenza o medicalmente necessarie comprendono, a solo titolo di esempio, (1) farmaci che non sono stati approvati dalla Commissione farmaceutica e terapeutica, (2) farmaci da banco e forniture non prescritte né ordinate da un fornitore KP e (3) farmaci specificamente esclusi (ad es., farmaci per la fertilità, cosmetici, farmaci per disfunzioni sessuali).
- 5.1.2.3 Prescrizioni per iscritti al Medicare, Parte D, idonei o iscritti al programma di Sussidio per bassi redditi (Low Income Subsidy, LIS).** La quota residua dei costi dei farmaci da prescrizione per iscritti al Medicare Advantage, Parte D, idonei o iscritti al programma LIS conformemente alle linee guida dei Centri per servizi Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).
- 5.1.2.4 Servizi forniti al di fuori delle strutture KP.** La Politica MFA si applica solo a servizi erogati da strutture KP, da fornitori KP. Tutti gli altri servizi non si qualificano per l'MFA, neppure su indicazione di un fornitore KP. I servizi prestati presso ambulatori medici non KP, strutture per terapie di urgenza e reparti di emergenza, nonché case di cura non KP, ospizi, centri di riabilitazione e servizi di assistenza domiciliare sono esclusi laddove non siano identificati come eccezioni in accordo alla precedente Sezione 5.1.1.5.
- 5.1.2.5 Apparecchiature mediche durevoli (DME).** Che siano o meno ordinate da un fornitore KP, le DME prestate da un fornitore convenzionato sono escluse a meno che non siano identificate come prestazioni eccezionali in accordo alla precedente Sezione 5.1.1.5.
- 5.1.2.6 Premi di piani sanitari.** Il programma MFA non aiuta i pazienti nel pagamento delle spese associate alla copertura di assistenza sanitaria (ad es., quote associative o premi).
- 5.1.2.7 Ulteriori servizi non sovvenzionabili.** Ulteriori servizi che non sono sovvenzionabili in virtù della politica MFA sono identificati nell'APPENDICE allegata, *Sezione II, Sezione II, Ulteriori servizi sovvenzionabili e non sovvenzionabili, conformemente alla politica MFA.*
- 5.2 Fornitori.** L'MFA si applica esclusivamente ai servizi sovvenzionabili prestati da fornitori di cure sanitarie pertinenti, come indicato nell'APPENDICE allegata, *Sezione III, Fornitori soggetti e non soggetti alla Politica MFA.*
- 5.3 Fonti di informazioni sul Programma e come fare richiesta di MFA.** Ulteriori informazioni sul programma MFA e su come fare richiesta sono sintetizzate nell'APPENDICE allegata, *Sezione IV, Informazioni sul Programma e richiesta di MFA.*

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 5 di 20

- 5.3.1 Fonti di informazioni sul programma.** Copie della politica MFA, dei moduli di richiesta e delle istruzioni, nonché delle sintesi semplificate (cioè sintesi della politica oppure brochure dei programmi) sono a disposizione del pubblico gratuitamente presso il sito web di KFHP/H oppure sono richiedibili via e-mail, di persona oppure per posta convenzionale negli Stati Uniti.
- 5.3.2 Richiesta di MFA.** Per fare richiesta per il Programma MFA, un paziente deve dimostrare uno stato di necessità immediato causato da una fattura con un saldo scoperto per servizi KP, un appuntamento prenotato con KP oppure una prescrizione di farmaci ordinati da un fornitore KP per servizi sovvenzionabili come su descritto. Per richiedere il programma MFA un paziente ha a disposizione diverse modalità, ad esempio online, di persona, telefonicamente oppure mediante modulo cartaceo.
- 5.3.2.1 Selezione dei pazienti per stabilirne l'idoneità ai programmi pubblici e privati.** KFHP/H invita tutti a richiedere la copertura assicurativa sanitaria per garantire l'accesso ai servizi sanitari, favorire la salute generale e tutelare lo stato patrimoniale dei pazienti. KFHP/H offre servizi di consulenza finanziaria ai pazienti che richiedono di partecipare al programma MFA per identificare potenziali programmi di copertura sanitaria pubblici e privati che potrebbero sostenerli nelle loro esigenze sanitarie. Una paziente che si presume idoneo per un qualsiasi programma di copertura sanitaria pubblico o privato può essere chiamato a farne richiesta.
- 5.4 Informazioni necessarie per la richiesta di MFA.** Per verificare lo stato finanziario di un paziente e stabilirne l'idoneità al programma MFA, oltre che a piani di copertura sanitaria pubblici o privati, sono necessari i suoi dati personali e finanziari completi, nonché altre informazioni. In caso di informazioni incomplete, l'MFA può essere negata. I dati possono essere forniti per iscritto, di persona o al telefono.
- 5.4.1 Verifica della situazione finanziaria.** La situazione finanziaria del paziente viene verificata ogni volta che il paziente richiede assistenza. Se la situazione finanziaria di un paziente può essere verificata utilizzando fonti di dati esterne, è possibile che non gli venga richiesto di presentare documenti finanziari.
- 5.4.2 Fornitura di dati finanziari e di altre informazioni.** Se la situazione finanziaria di un paziente non può essere verificata utilizzando fonti di dati esterne, è possibile che al paziente sia richiesto di presentare le informazioni descritte nella richiesta del programma MFA per valutarne la situazione finanziaria.
- 5.4.2.1 Informazioni complete.** L'idoneità al programma di MFA viene stabilita dopo che vengono ricevute tutti i dati personali, e finanziari richiesti, nonché altre informazioni.
- 5.4.2.2 Informazioni incomplete.** Se le informazioni ricevute non sono complete, il paziente viene avvisato di persona, per posta o per telefono. Il paziente può inoltrare le informazioni mancanti



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 6 di 20

entro 30 giorni dalla data di invio dell'avviso, dalla data del colloquio di persona o dalla data della conversazione telefonica.

5.4.2.3 Informazioni richieste e non disponibili. Un paziente che non è in possesso delle informazioni richieste e descritte nella domanda per il programma può contattare KFHP/H per parlare di altre documentazioni disponibili per attestare la sua idoneità.

5.4.2.4 Dati finanziari non disponibili. Un paziente deve fornire dei dati finanziari essenziali (ad es. eventuale reddito e fonte di reddito) e attestarne la validità quando (1) la sua situazione economica non può essere verificata mediante fonti di dati esterne, (2) i dati finanziari richiesti non sono disponibili e (3) non esistono altri dati a comprovare l'idoneità. Al paziente vengono richiesti attestati e dati finanziari di base se:

5.4.2.4.1 È senz'altro oppure

5.4.2.4.2 Non ha reddito, non percepisce una busta paga dal suo datore di lavoro (fanno eccezione i lavoratori autonomi), riceve doni in denaro, l'anno precedente non aveva l'obbligo di presentare una dichiarazione dei redditi oppure

5.4.2.4.3 È vittima di una nota calamità nazionale o regionale (fare riferimento alla seguente Sezione 5.11).

5.4.3 Collaborazione del paziente. Al paziente viene richiesto di fare un ragionevole sforzo per fornire tutti i dati richiesti. Se non vengono forniti tutti i dati richiesti, all'atto di valutare l'idoneità potranno essere prese in considerazione le circostanze.

5.5 Determinazione di presunta idoneità. Un paziente che non ha fatto richiesta può essere qualificato come idoneo al programma MFA in base a informazioni diverse da quelle da lui fornite. Al paziente che si qualifica come idoneo non viene richiesto di presentare dei dati personali e finanziari per attestare il suo stato finanziario e potrà essere assegnato automaticamente un sussidio MFA. Un paziente viene presunto idoneo se è stato giudicato idoneo in precedenza oppure se è stato registrato come cattivo pagatore, come descritto di seguito:

5.5.1 Prequalifica. Per un paziente che in seguito al processo di selezione finanziario è risultato idoneo ai programmi di assistenza pubblici e privati viene presunta l'idoneità per il programma MFA. Viene considerato prequalificato il paziente che:

5.5.1.1 Partecipa a un programma MFA della comunità (Community MFA, CMFA) a cui è stato indirizzato e per il quale si è prequalificato (1) tramite il governo federale, statale o locale, (2) tramite un'organizzazione di partenariato locale, (3) in occasione di un evento sanitario sponsorizzato da KFHP/H oppure



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 7 di 20

5.5.1.2 Partecipa a un programma di beneficenza della comunità KP (KP Community Benefit Program), il cui intento è sostenere l'accesso all'assistenza per i pazienti a basso reddito e prequalificati dal personale KFH/HP designato oppure

5.5.1.3 Partecipa a un programma affidabile di copertura sanitaria in base al reddito, ad es. il Programma Medicare di sussidio per i bassi redditi (Medicare Low Income Subsidy Program), oppure

5.5.1.4 Ha ricevuto un precedente sussidio MFA nel corso degli ultimi 30 giorni

5.5.2 Identificazione di cattivo pagatore. Una volta esaurite tutte le altre fonti di sussidio e idoneità, un paziente che ha ricevuto assistenza presso una struttura KP e per il quale esistano indicazioni di indigenza (ad es. pagamenti insoluti) può essere esaminato per valutarne l'idoneità al programma utilizzando delle fonti di dati esterne. Qualora risulti idoneo, il paziente riceve un sussidio MFA esclusivamente per i pagamenti insoluti che rispondono ai requisiti. I saldi scoperti per i servizi idonei non possono essere oggetto di azioni di recupero, ulteriori interventi di recupero crediti né inclusi nelle spese per debiti irrecuperabili di KP).

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

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

5.6.1.1 Idoneità basata sul livello del reddito. Un paziente con un reddito familiare lordo totale inferiore o uguale ai criteri di idoneità basati sul reddito di KFH/H, come percentuale delle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG), è idoneo all'assistenza finanziaria.

5.6.1.2 Reddito familiare. I requisiti sul reddito si applicano ai membri del nucleo familiare. Un nucleo familiare è composto da una o più persone conviventi, consanguinee o imparentate per matrimonio o adozione. I membri di un nucleo familiari possono includere coniugi, coppie di fatto, figli, parenti che offrono assistenza, figli dei parenti che offrono assistenza e altre persone per cui il singolo, il coniuge, il convivente o il genitore è finanziariamente responsabile e che risiedono con lui.

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

5.6.2.1 Idoneità in base a spese mediche elevate. Un paziente che, a prescindere dal livello di reddito familiare, nel corso degli ultimi 12 mesi ha sostenuto spese personali mediche e farmaceutiche per servizi qualificabili come idonei maggiori o



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 8 di 20

uguali al 10% del reddito familiare annuale ha diritto ad assistenza finanziaria.

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

5.6.2.1.2 Spese personali per assistenza presso strutture non KFHP/HP Sono incluse le spese mediche, farmaceutiche e odontoiatriche di routine per servizi prestati presso strutture non KP, collegate a servizi sovvenzionabili e sostenute dal paziente (esclusi eventuali sconti o storni). Al paziente viene chiesto di fornire la documentazione delle spese mediche per i servizi ricevuti da strutture non KP.

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

5.7 Rifiuti e ricorsi

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

5.7.2 Come fare ricorso in caso di rifiuto di MFA. Un paziente che ritiene che la sua richiesta o i suoi dati non siano stati presi in giusta considerazione può fare ricorso. Nella lettera di rifiuto sono contenute le istruzioni per il completamento della procedura di ricorso. I ricorsi vengono esaminati dal personale KFHP/H preposto.

5.8 Struttura del sussidio. I sussidi MFA vengono applicati esclusivamente per i pagamenti insoluti o in sospeso identificati prima della segnalazione di cattivo pagatore e carichi pendenti. I sussidi MFA possono includere anche un periodo di idoneità per eventuali servizi di follow-up, come sarà stabilito da un fornitore KP.

5.8.1 Basi per l'assegnazione. Il costo del paziente corrisposto dal programma MFA viene determinato in base al reddito familiare del paziente e a seconda che abbia o meno una copertura sanitaria.

5.8.1.1 Paziente idoneo a MFA senza copertura sanitaria (non assicurato). Un paziente idoneo non assicurato riceve uno sconto sul costo di tutti i servizi sovvenzionabili.

5.8.1.2 Paziente idoneo per MFA con copertura sanitaria (assicurato). Un paziente idoneo assicurato riceve uno sconto sul costo paziente per tutti i servizi qualificabili (1) per cui è



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 9 di 20

personalmente responsabile e (2) i cui costi non sono pagati dal suo assicuratore. Al paziente viene richiesto di fornire la documentazione necessaria, ad esempio una Spiegazione dei benefici (Explanation of Benefits, EOB), per stabilire quale porzione della fattura non è coperta dall'assicuratore.

5.8.1.2.1 Pagamenti ricevuti dall'assicuratore. Un paziente assicurato idoneo è tenuto a trasferire a KFHP/HP eventuali pagamenti per servizi forniti da KFHP/HP che il paziente riceve dal suo assicuratore.

5.8.1.3 Programma di sconti. Ulteriori informazioni sugli sconti disponibili in virtù della politica sono riassunti nell'APPENDICE allegata, *Sezione VI, Programma di sconti*.

5.8.1.4 Rimborsi di liquidazioni. KFHP/H richiede rimborsi per liquidazioni di terzi / indennizzi di assicurazioni di previdenza, pagatori o altre parti legalmente responsabili, secondo i casi.

5.8.2 Periodo di diritto al sussidio. Il periodo di diritto per i servizi di follow-up comincia dalla data di approvazione, dalla data in cui sono stati prestati i servizi oppure dalla data in cui sono stati consegnati i farmaci. La durata del periodo di diritto è limitata nel tempo e viene stabilita a discrezione di KP in vari modi, inclusi i seguenti:

5.8.2.1 Periodo di tempo specifico. Un massimo di 365 giorni per i servizi idonei di follow-up e saldi scoperti del paziente identificati prima della segnalazione di cattivo pagatore.

5.8.2.2 Servizi infermieristici specializzati e servizi sanitari intermedi. Un massimo di 30 giorni per servizi erogati esternamente a KP.

5.8.2.3 Apparecchiature mediche durevoli (DME). Un massimo di 180 giorni per le apparecchiature fornite da un venditore di apparecchiature mediche.

5.8.2.4 Periodo del trattamento o intervento di assistenza. Un massimo di 180 giorni per un periodo trattamento e/o un intervento di assistenza come stabilito da un fornitore KP.

5.8.2.5 Pazienti che sono potenzialmente idonei per programmi di copertura sanitaria pubblica e privata. Un massimo di 90 giorni per assistere un paziente mentre fa richiesta di programmi di copertura sanitaria pubblici e privati.

5.8.2.6 Sussidio una tantum per spese farmaceutiche. Prima di fare richiesta per un programma MFA, un paziente può richiedere un sussidio una tantum per spese farmaceutiche se (1) non percepisce già un sussidio MFA, (2) possiede una prescrizione scritta da un fornitore di KP presso una farmacia KFHP/H e (3) dichiara la sua impossibilità a pagare la prescrizione. Il sussidio una tantum è limitato a 30 giorni e



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 10 di 20

copre una fornitura ragionevole di farmaci come ritenuto appropriato da un fornitore di KP.

5.8.2.7 Richiesta di estensione del sussidio. A partire da trenta (30) giorni precedenti la data di scadenza del sussidio in corso e in qualsiasi momento dopo, un paziente può presentare nuovamente domanda di partecipazione al programma.

5.8.3 Revoca, interruzione o modifica del sussidio. In talune circostanze, KFHP/H si riserva di revocare, interrompere o modificare un sussidio MFA a sua sola discrezione. Sono previste, ad esempio, le seguenti situazioni.

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

5.8.3.2 Idoneità a programmi privati di copertura sanitaria. Un paziente selezionato per i programmi pubblici o privati di copertura sanitaria considerato idoneo che però non adempie al processo per richiedere i programmi.

5.8.3.3 Identificazione di altre fonti di pagamento. L'identificazione di una copertura sanitaria o altre fonti di pagamento dopo che il paziente ha percepito un sussidio MFA determina una rifatturazione retroattiva degli addebiti per servizi idonei. In questo caso, al paziente non sarà fatturata la porzione di fattura (1) per cui il paziente è personalmente responsabile e (2) che non viene pagata dalla sua copertura sanitaria o altre fonti di pagamento.

5.8.3.4 Modifiche della copertura sanitaria. Un paziente per cui viene modificata la copertura sanitaria, sarà tenuto a ripetere la domanda per il programma MFA.

5.9 Limitazione degli addebiti. È vietato addebitare ai paziente idonei a MFA l'importo complessivo in dollari (ovvero l'addebito lordo) per servizi ospedalieri sovvenzionabili prestati presso un ospedale Kaiser Foundation Hospital. A un paziente che ha ricevuto servizi ospedalieri idonei presso un ospedale Kaiser Foundation Hospital e ha diritto al programma di MFA, ma non ha percepito un sussidio MFA, non viene addebitata una somma superiore all'importo generalmente fatturato (Amounts Generally Billed, AGB) per quei servizi.

5.9.1 Importi generalmente fatturati. Gli importi generalmente fatturati (AGB) per servizi di emergenza o altri interventi di assistenza sanitaria necessari, erogati a persone che dispongono di una copertura assicurativa valida per le strutture KP, come descritto nell'APPENDICE allegata *Sezione VII, Base per il calcolo degli importi generalmente fatturati (AGB)*.

5.10 Azioni di recupero.

5.10.1 Ragionevoli iniziative di notifica. KFHP/H o un'agenzia di recupero crediti che agisce per conto di KFHP/HP intraprenderanno ragionevoli



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 11 di 20

iniziative per avvisare i pazienti che hanno crediti scaduti o saldi scoperti nel programma MFA. Tra le Iniziative ragionevoli di notifica, si annoverano le seguenti.

- 5.10.1.1** Invio di un avviso scritto entro 120 giorni dalla prima dichiarazione post-dimissioni per notificare al titolare del conto la disponibilità dell'MFA per chi è idoneo.
- 5.10.1.2** Invio di un avviso scritto con l'elenco delle azioni straordinarie di recupero (Extraordinary Collection Actions, ECA) che KFHP/H o un'agenzia di recupero crediti intende avviare per il pagamento di un saldo, e la scadenza di tali interventi che non cadrà prima di 30 giorni dall'avviso scritto..
- 5.10.1.3** Fornitura di una sintesi in linguaggio semplice della Politica della MFA, con la prima dichiarazione sul paziente dell'ospedale.
- 5.10.1.4** Tentativo di notifica verbale al titolare del conto sulla Politica MFA e su come ottenere assistenza mediante il processo di richiesta MFA.
- 5.10.1.5** Valutazione dell'idoneità al programma su richiesta, prima che i pagamenti scaduti o i saldi scoperti siano trasferiti a un'agenzia di recupero crediti.

5.10.2 Sospensione di azioni di recupero straordinarie. KFHP/H non intraprende, né consente ad agenzie di recupero crediti di intraprendere per suo conto azioni di recupero straordinarie (ECA) contro un paziente che:

- 5.10.2.1** Riceve un sussidio MFA; oppure
- 5.10.2.2** Ha avviato una richiesta MFA dopo l'avvio delle ECA. Le ECA vengono sospese fino a che non viene emessa la valutazione definitiva sull'idoneità.

5.10.3 Azioni straordinarie di recupero consentite.

5.10.3.1 Determinazione definitiva di sforzi ragionevoli. Prima di avviare qualsiasi ECA, il responsabile regionale dei Servizi finanziari ai pazienti (Revenue Cycle Patient Financial Services) verifica quanto segue:

- 5.10.3.1.1** Esecuzione di sforzi ragionevoli per avvisare il paziente del programma MFA e
- 5.10.3.1.2** Che al paziente siano stati lasciati almeno 240 giorni dal primo estratto conto per presentare la domanda MFA.

5.10.3.2 Comunicazioni ad agenzie per il credito a consumo oppure uffici di recupero crediti. KFHP/H o un'agenzia di recupero crediti che agisce per suo conto hanno la facoltà di comunicare le informazioni negative ad agenzie di credito al consumo oppure uffici di recupero crediti.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 12 di 20

5.10.3.3 Azioni giudiziarie o civili. Prima di intraprendere qualsiasi azione giudiziaria o civile, KFHP/HP verifica lo stato finanziario del paziente mediante l'uso di fonti di dati esterne per stabilire se è idoneo al programma MFA.

5.10.3.3.1 Idoneo per MFA. Non saranno intraprese ulteriori azioni nei confronti dei pazienti risultati idonei al programma MFA. I conti idonei al programma MFA vengono cancellati e restituiti con validità retroattiva.

5.10.3.3.2 Non idoneo per MFA. In casi molto limitati, possono essere avviate le azioni seguenti previa approvazione del Revisor dei conti o CEO regionale:

5.10.3.3.2.1 Pignoramento dello stipendio

5.10.3.3.2.2 Azioni legali/civili. L'azione legale non viene intrapresa nei confronti di una persona disoccupata e senza altro reddito significativo.

5.10.3.3.2.3 Diritti di ipoteca su beni immobili.

5.10.4 Azioni di recupero crediti straordinarie proibite. KFHP/H non effettua e non consente ad agenzie di recupero crediti di adottare le seguenti misure in nessun caso:

5.10.4.1 Differire, negare o richiedere pagamenti dovuti al mancato pagamento di un saldo precedente del titolare di un conto, prima di aver prestato l'assistenza di emergenza o le cure sanitarie necessarie.

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

5.10.4.3 Pignorare proprietà o conti.

5.10.4.4 Richiedere un ordine d'arresto.

5.10.4.5 Richiedere un mandato di comparizione.

5.11 Contromisure in caso di calamità. KFHP/H può modificare temporaneamente i criteri di idoneità al programma MFA e le procedure di domanda per migliorare l'assistenza a disposizione di comunità e pazienti vittime di un evento noto che lo stato o il governo federale ha qualificato come calamità.

5.11.1 Potenziali variazioni all'idoneità. Le variazioni temporanee ai criteri di idoneità MFA possono includere:

5.11.1.1 Sospensione dei limiti per l'idoneità

5.11.1.2 Aumento della soglia per i criteri di accertamento del reddito.

5.11.1.3 Riduzione della soglia per i criteri di spese mediche elevate.



Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 13 di 20

5.11.2 Potenziali variazioni della procedura di domanda. Le variazioni temporanee alla procedura di domanda MFA possono includere quanto segue:

5.11.2.1 Al paziente viene richiesto di fornire dati finanziari di base (ad es. eventuale reddito e fonte di reddito) e di attestarne la validità quando (1) il suo stato finanziario non può essere verificato utilizzando fonti di dati esterne, (2) i dati finanziari richiesti non sono disponibili e (3) non esiste alcuna prova che possa dimostrarne l'idoneità.

5.11.2.2 Considerazione dell'impatto della perdita futura di stipendi / impiego causata dall'evento quando si valuta il reddito del nucleo familiare.

5.11.3 Informazioni disponibili al pubblico. Le informazioni che descrivono le variazioni temporanee al programma MFA vengono messe a disposizione del pubblico sulla pagina web del programma MFA e presso le strutture KP nelle regioni interessate.

6.0 Riferimenti / Appendici

6.1 Appendice A – Glossario dei termini.

6.2 Leggi, normative e risorse

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

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

6.2.3 Pubblicazione dell'Agenzia esattoriale USA, Istruzioni 2014 per il Programma H, modulo 990 (2014 Instructions for Schedule H [Form 990])

6.2.4 Nota dell'Agenzia delle Entrate USA 2010-39 (Internal Revenue Service Notice 2010-39)

6.2.5 Codice dell'Agenzia delle Entrate USA (Internal Revenue Service Code), 26 CFR parti 1, 53, e 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Ulteriori requisiti per ospedali caritatevoli (Additional Requirements for Charitable Hospitals)

6.2.6 Associazione ospedaliera californiana – Politiche di assistenza finanziaria ospedaliera e Leggi a beneficio della comunità, edizione 2015 (California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition)

6.2.7 Associazione sanitaria cattolica USA – Guida per la pianificazione e la comunicazione delle opere benefiche alla comunità, edizione 2012 (Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition)

6.3 Elenchi di fornitori

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 14 di 20

6.3.1 Gli elenchi dei fornitori sono disponibili sui siti web KFHP/H per:

- 6.3.1.1** Kaiser Permanente of Hawaii
- 6.3.1.2** Kaiser Permanente of Northwest
- 6.3.1.3** Kaiser Permanente of Northern California
- 6.3.1.4** Kaiser Permanente of Southern California
- 6.3.1.5** Kaiser Permanente of Washington

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 15 di 20

Appendice A Glossario dei termini

Assistenza medico-sanitaria della comunità (Community MFA, CMFA) si riferisce a programmi di assistenza medico-finanziaria pianificata in collaborazione con organizzazioni operanti sul territorio e di sicurezza sociale per fornire accesso a servizi di assistenza medica necessari presso le strutture KP a pazienti a basso reddito, non assicurati o sotto-assicurati.

Agenzia di recupero crediti fa riferimento a una persona che, mediante intervento diretto o indiretto, conduce o pone in atto interventi o tentativi di interventi di recupero per crediti dovuti o che si presuppone siano dovuti a un creditore o un acquirente del debito.

Apparecchiature mediche durevoli (durable medical equipment, DME) comprendono, a solo titolo di esempio, bastoni standard, stampelle, nebulizzatori, forniture per il beneficio dei pazienti, unità di trazione da applicare alle porte per uso domestico, sedie a rotelle, deambulatori, letti ospedalieri e ossigeno per uso domestico, come specificato dai criteri DME. Le DME non comprendono ortottica, protesi (ad es. stecche dinamiche/ortesi, laringi artificiali e ricambi) e forniture da banco, articoli di consumo (ad es. forniture per urologia e per la cura delle ferite).

Paziente idoneo è una persona che risponde ai criteri di idoneità descritti in questa Politica, che (1) non è assicurata; (2) riceve una copertura attraverso un programma pubblico (ad es., Medicare, Medicaid oppure una copertura sanitaria Health Insurance Exchange); (3) è assicurata mediante un piano sanitario diverso dal KFHP; oppure (4) la persona è assicurata presso KFHP.

Fondi di dati esterne sono terzi venditori cui si ricorre per esaminare i dati personali di un paziente e valutarne lo stato finanziario, utilizzando un modello basato su database pubblici che valuta ogni paziente in base allo stesso standard onde calcolare il punteggio della sua capacità finanziaria.

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

Consulenza finanziaria il processo utilizzato per assistere i pazienti a considerare le varie opzioni di finanziamento e copertura sanitaria disponibili per pagare i servizi resi nelle strutture KP. Tra i pazienti che potrebbero richiedere una consulenza finanziaria possono annoverarsi, a solo titolo di esempio, pazienti economicamente autosufficienti, non assicurati, sotto-assicurati e coloro che hanno dichiarato l'impossibilità di pagare l'intero importo previsto.

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

- luoghi non intesi come civile abitazione, quali automobili, parchi, marciapiedi, edifici abbandonati (sulle strade); oppure
- In un ricovero di emergenza; oppure
- In un alloggio provvisorio o di sostegno per persone senza tetto che vengono originariamente dalle strade o da ricoveri di emergenza;
- in uno dei luoghi di cui sopra ma che trascorre un breve tempo (fino a 30 giorni consecutivi) in un ospedale o altra istituzione.
- Una persona che, nella settimana precedente, è stata cacciata da un'unità abitativa privata o sta fuggendo da una situazione di violenza domestica senza avere una residenza alternativa ed è priva delle risorse finanziarie e delle reti di assistenza sociale necessarie per ottenere un alloggio.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 16 di 20

Appendice A Glossario dei termini (cont.)

- Una persona che, nella settimana precedente, è stata dimessa da un'istituzione, quale una struttura per malati mentali o tossicodipendenti, in cui è rimasta per più di 30 giorni consecutivi, che non ha identificato una residenza alternativa ed è priva delle risorse finanziarie e delle reti di assistenza sociale necessarie per ottenere un alloggio.

KP comprende gli ospedali Kaiser Foundation Hospitals e cliniche ospedaliere affiliate, i piani sanitari Kaiser Foundation, i gruppi medicali Permanente e rispettive affiliate, ad eccezione di Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

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

In base al reddito è il metodo con cui vengono usate fonti di dati esterne o informazioni fornite dal paziente per stabilirne l'idoneità a un programma pubblico di copertura o per MFA a seconda che il reddito sia maggiore o minore di una percentuale specificata dalle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines).

Assistenza medico-finanziaria (Medical Financial Assistance, MFA) fornisce sussidi in denaro per il pagamento di costi medici a pazienti risultati idonei che non sono in grado di pagare la totalità o una parte dei servizi sanitari necessari e che hanno esaurito le fonti di pagamento pubbliche e private. Il servizio MFA pagherà una parte o la totalità dei costi dell'assistenza sanitaria soltanto per i pazienti che soddisfano i criteri del programma.

Forniture mediche materiali medici non riutilizzabili, quali stecche, imbracature, fasciature per ferite e bende, applicati da un professionista sanitario qualificato che offre un servizio sanitario necessario; sono esclusi i materiali che il paziente ha acquistato oppure ottenuto da un'altra fonte.

Costo del paziente indica la parte di spesa addebitata a un paziente per le cure ricevute presso le strutture KP (ad es. ospedali, cliniche affiliate a ospedali, centri medici, poliambulatori e farmacie per pazienti esterni) che non viene rimborsata dall'assicuratore o da un programma di assistenza sanitaria pubblica.

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

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

Sottoassicurato persona che, nonostante abbia una copertura sanitaria, scopre che il pagamento dei premi assicurativi, i pagamenti di aliquote, la coassicurazione e tutti gli oneri detraibili costituiscono un carico finanziario tale da causargli un ritardo nei pagamenti o la mancata erogazione dei servizi sanitari necessari, a causa dei costi a suo carico.

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

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 17 di 20

Appendice A
Glossario dei termini (cont.)

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

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

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 18 di 20

APPENDICE: Kaiser Permanente Southern California

DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELL'APPENDICA: 1° gennaio 2022

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** La presente politica si applica a tutte le strutture KFHP/H (ad es. ospedali, cliniche ospedaliere affiliate, centri medici e poliambulatori) e farmacie per pazienti esterni. Gli ospedali Kaiser Foundation Hospitals nella California del Sud includono:

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

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

II. Ulteriori servizi sovvenzionabili e non sovvenzionabili, conformemente alla politica MFA.

- a. **Trasporto di pazienti senzattetto.** Disponibile per un paziente senza fissa dimora per situazioni di urgenza e non, per facilitare la dimissione da un ospedale KP Hospital o da reparti di pronto soccorso KP.
- b. **Ulteriori servizi non sovvenzionabili.**
 - i. Apparecchi acustici
 - ii. Forniture ottiche
 - iii. **Spese riconducibili alla condivisione dei costi di Medi-Cal (SoC).** La disposizione SoC (condivisione dei costi) è considerata parte integrante del programma Medi-Cal, ideato per fornire assistenza sanitaria ai beneficiari Medi-Cal che sono al limite superiore della soglia di reddito. L'assistenza MFA non può essere applicata agli importi SoC, ad esempio la SoC viene determinata dallo stato come importo che un paziente deve corrispondere prima di diventare idoneo per il programma Medicaid

- III. Fornitori soggetti e non soggetti alla Politica MFA.** L'elenco dei fornitori degli ospedali Kaiser Foundation Hospitals soggetti e non soggetti alla politica MFA è disponibile gratuitamente al pubblico generale presso il sito web KFHP/H MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 19 di 20

IV. Informazioni sul Programma e richiesta di MFA. Le informazioni sul programma MFA, incluse copie della Politica MFA, dei moduli di richiesta, delle istruzioni e delle sintesi in un linguaggio semplificato (cioè le brochure del programma), sono disponibili al pubblico, senza costi, in formato elettronico o in copia cartacea. Un paziente che riceve o ha ricevuto assistenza da KFHP/H può presentare domanda per il programma MFA in diversi modi, ad esempio anche di persona, telefonicamente o presentando un modulo cartaceo (fare riferimento alle precedenti Sezioni 5.3 e 5.4).

- a. **Le domande online possono essere compilate e inviate dal sito web KFHP/H.** Un paziente può avviare e presentare i dati per la domanda in formato digitale da un sito web MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.
- b. **Le informazioni sul Programma possono essere scaricate dal sito web KFHP/H.** Le informazioni sul Programma sono disponibili in versione digitale sul sito web MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.
- c. **Richiesta di informazioni sul Programma per via elettronica.** Copie digitali delle informazioni sul Programma sono disponibili via e-mail su richiesta.
- d. **Acquisire informazioni sul Programma o richiederle di persona.** Le informazioni sul Programma sono disponibili nel Reparto di accettazione (Admitting) o di emergenza (Emergency) negli ospedali Kaiser Foundation Hospitals elencati nella Sezione I, *Ospedali Kaiser Foundation Hospitals*.
- e. **Richiesta di informazioni sul Programma o presentazione della domanda via telefono.** I consulenti sono disponibili al telefono per fornire informazioni, per stabilire l'idoneità all'MFA, e per aiutare il/la paziente nella presentazione della domanda di MFA. I consulenti possono essere contattati al seguente recapito:

Numero(i) di telefono: 1-800-390-3507

- f. **Richiesta di informazioni sul Programma o invio della domanda per posta.** Il paziente può richiedere informazioni sul Programma e presentare domanda di adesione al Programma MFA inviando per posta il modulo compilato. Le richieste di informazioni e i moduli di domanda compilati possono essere inviati per posta al seguente recapito:

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

- g. **Modulo di domanda compilato consegnato di persona** È possibile presentare di persona domande complete all'Accettazione di ciascun ospedale della Fondazione Kaiser.

V. Criteri di idoneità. L'idoneità al programma MFA è soggetta alla valutazione del reddito familiare di un paziente (fare riferimento alla precedente sezione 5.6.1).

- a. Criteri per l'accertamento del reddito: fino a 400% delle Linee guida federali sulla povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Titolo della Politica: Assistenza medico-finanziaria	Numero della Politica: NATL.CB.307
Dipartimento titolare: National Community Benefit	Data di entrata in vigore: 1 febbraio 2021
Depositario: Direttore dell'Assistenza medico-finanziaria	Pagina: 20 di 20

- b. I soci KFHP che hanno diritto a detrazioni devono rispondere a criteri di spese mediche elevate per aver diritto al programma.

VI. Programma di sconti. Gli importi che KP addebita a un paziente risultato idoneo all'assistenza finanziaria sanitaria sono basati sul tipo di criteri di idoneità utilizzati per qualificarlo.

- a. **Paziente che soddisfa i criteri in base al reddito.** Un paziente che soddisfa i criteri in base al reddito riceve uno sconto del 100% sul costo del paziente o sulla parte di costo dovuta per i servizi erogati di cui il paziente è responsabile.
- b. **Paziente che soddisfa i criteri di spese mediche elevate.** Un paziente che soddisfa i criteri di spese mediche elevate riceve uno sconto del 100% sul costo del paziente o sulla parte di costo dovuta per i servizi erogati di cui il paziente è responsabile.

VIII. Base di calcolo degli importi generalmente fatturati (AGB). Per stabilire gli importi AGB per interventi di emergenza o altre cure mediche necessarie KFHP/H utilizza il metodo retroattivo, moltiplicando le spese lorde delle cure per il coefficiente AGB. Le informazioni sul calcolo e il coefficiente AGB sono disponibili sul sito web di KFHP/H MFA all'indirizzo www.kp.org/mfa/scal.

IX. Rimborsi. Nei casi in cui un paziente ha richiesto e ottenuto l'assistenza MFA, viene attivata una procedura di rimborso per qualsiasi importo percepito e superiore alla cifra che KFHP/H avrebbe previsto in pagamento da Medicare, Medi-Cal o altro organismo pagatore per i servizi ospedalieri e/o professionali.

- a. Gli interessi matureranno al tasso specificato nella Sezione 685.010 del Codice di Procedura Civile, a iniziare dalla data di ricevimento del pagamento del paziente da parte dell'ospedale. Il tasso attuale è del 10%.