



Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 1 de 20

1.0 Declaração da Apólice

A Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) e a Kaiser Foundation Hospitals (KFH) estão comprometidas a fornecer programas que facilitam o acesso à assistência para populações vulneráveis. Este empenho inclui a disponibilização de assistência financeira a doentes qualificados não segurados e com seguro insuficiente e baixo rendimento quando a capacidade de pagar serviços constitui uma barreira no acesso a cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários.

2.0 Finalidade

Esta apólice descreve os requisitos de qualificação e recebimento de assistência financeira para serviços de cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários através do Programa de Assistência Financeira Médica (Medical Financial Assistance, MFA). Os requisitos estão em conformidade com a Secção 501(r) do Código de Tributação dos Estados Unidos e com todos os regulamentos estatais relativos a serviços elegíveis, ao acesso, aos critérios de elegibilidade do programa, à estrutura de compensações no âmbito da MFA, à base de cálculo para a atribuição dos montantes de compensação e às ações permitidas no caso de não pagamento de despesas médicas.

3.0 Âmbito

Essa apólice aplica-se a funcionários que estão contratados pelas seguintes entidades e suas subsidiárias (coletivamente, chamadas de "KFHP/H"):

- 3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- 3.2 Kaiser Foundation Hospitals; e
- 3.3 subsidiárias KFHP/H.
- 3.4 A presente apólice aplica-se aos Kaiser Foundation Hospitals e clínicas afiliadas listados na ADENDA anexo, *Secção I, Kaiser Foundation Hospitals* e está integrada no presente documento para referência.

4.0 Definições

Consultar o Anexo A – Glossário de Termos.

5.0 Disposições

A KFHP/H mantém um programa de assistência financeira médica MFA destinado a mitigar barreiras financeiras para receber cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários para pacientes elegíveis, independentemente da idade, deficiência, género, raça, religião ou estatuto imigratório, orientação sexual, nacionalidade e se o paciente tem ou não um plano de saúde.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 2 de 20

- 5.1 Serviços Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.** Salvo indicação em contrário na ADENDA em anexo, *Secção II, Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.*
- 5.1.1 Serviços Elegíveis.** A MFA pode aplicar-se a serviços de cuidados médicos de emergência e clinicamente necessários, serviços e produtos farmacêuticos e artigos médicos fornecidos em instalações da Kaiser Permanente (KP) (por exemplo, hospitais, clínicas afiliadas a hospitais, centros médicos e edifícios de consultórios médicos), em farmácias de ambulatório KFHP/H ou por prestadores de serviços KP. A MFA pode ser utilizada nos seguintes produtos e serviços:
- 5.1.1.1 Serviços Clinicamente Necessários.** Cuidados, tratamentos ou serviços solicitados ou fornecidos por um prestador de serviços KP, que sejam necessários para prevenção, avaliação, diagnóstico ou tratamento de uma condição médica e não principalmente apenas para conveniência do doente ou do prestador de cuidados médicos.
- 5.1.1.2 Receitas e Artigos Farmacêuticos.** As receitas apresentadas numa farmácia de ambulatório KFHP/H e prescritas por prestadores de serviços KP, prestadores de serviços de atendimento de Emergência não inclusos na rede KP, prestadores de cuidados médicos de urgência não inclusos na rede KP e prestadores de serviços contratados pela KP.
- 5.1.1.2.1 Medicamentos Genéricos.** Sempre que seja possível, prefere-se o recurso a medicamentos genéricos.
- 5.1.1.2.2 Medicamentos de Marca.** Medicamentos de marca prescritos por um prestador de serviços KP que indique "Dispensar como escrito" (Dispense as Written, DAW), ou quando não existir disponível um equivalente genérico.
- 5.1.1.2.3 Medicamentos Não Sujeitos à Receita Médica ou Artigos Farmacêuticos.** Com uma prescrição ou indicação escrita por um prestador de serviços KP e obtidos junto de uma farmácia de ambulatório KP.
- 5.1.1.2.4 Beneficiários Medicare.** Aplicado a beneficiários Medicare para medicamentos sujeitos à receita médica abrangidos em Medicare Part D na forma de uma isenção em farmácia.
- 5.1.1.3 Equipamento Médico Duradouro (Durable Medical Equipment, DME).** Encomendado por um prestador de serviços KP de acordo com as diretrizes DME e fornecido pela KFHP/H a um paciente que atenda aos critérios de necessidade clínica.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 3 de 20

5.1.1.4 Aulas de Educação para a Saúde. Taxas associadas a aulas disponíveis previstas e fornecidas pela KP que são recomendadas por um prestador de serviços KP como parte de um plano de cuidados de saúde do doente.

5.1.1.5 Serviços disponíveis com base em exceção. Em determinadas situações que constituem uma exceção, a MFA pode aplicar-se a (1) serviços fornecidos por instalações fora da rede KP e (2) DME prescritos ou solicitados por um prestador de serviço KP e fornecido por um contratado/fornecedor conforme descrito abaixo. Para se qualificar como exceção, o paciente precisa atender aos critérios de despesas médicas de alto custo descritos na Secção 5.6.2 abaixo.

5.1.1.5.1 Serviços de enfermagem especializados e serviços de cuidado intermediários. Fornecedor por uma instalação KP contratada a um paciente com uma necessidade médica prescrita para facilitar a alta hospitalar.

5.1.1.5.2 Equipamento Médico Duradouro (DME). DME disponibilizado por um fornecedor e solicitado por um prestador de serviços KP de acordo com as diretrizes DME e disponibilizado por um fornecedor contratado pelo departamento de DME da KFHP/P.

5.1.1.6 Serviços elegíveis adicionais disponíveis. Os serviços adicionais que são elegíveis de acordo com a apólice de MFA encontram-se identificados na ADENDA anexo, *Secção II, Serviços adicionais elegíveis e não elegíveis de acordo com a apólice de MFA.*

5.1.2 Serviços Não Elegíveis. A MFA não pode ser aplicada nos seguintes casos:

5.1.2.1 Serviços que não são Considerados Cuidados Médicos de Emergência ou Clinicamente Necessários conforme Determinado por um Prestador de Serviços KP. Incluindo, entre outros:

5.1.2.1.1 Cirurgia e serviços cosméticos, incluindo serviços de dermatologia com o principal objetivo de melhorar a aparência do doente,

5.1.2.1.2 Tratamentos de infertilidade,

5.1.2.1.3 Artigos médicos de retalho,

5.1.2.1.4 Terapias alternativas, incluindo serviços de acupuntura, quiropraxia e massagens,

5.1.2.1.5 Injeções e dispositivos para tratar a disfunção sexual,

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 4 de 20

- 5.1.2.1.6 Serviços de gestação de substituição e
- 5.1.2.1.7 Serviços relacionados à responsabilidade de terceiros, proteção de seguro pessoal ou casos de acidentes de trabalho.
- 5.1.2.1.8 **Serviços para pacientes com planos de saúde fora da rede KP.** Serviços de emergência e sem urgência e suprimentos de farmácias de ambulatório que são cobertos pelo plano de saúde fora da rede KP do paciente que requer que os pacientes usem uma rede específica ou farmácias e prestadores de serviço fora da rede KP.

5.1.2.2 Receitas e Artigos Farmacêuticos. Os medicamentos e artigos não considerados urgentes ou clinicamente necessários incluem, entre outros, (1) medicamentos que não foram aprovados pela Comissão de Farmácia e Terapêuticas, (2) medicamentos e artigos não sujeitos a receita médica não prescritos ou solicitados por um prestador de serviços KP e (3) medicamentos especificamente excluídos (por exemplo, relacionados com fertilidade, cosmética, disfunção sexual).

5.1.2.3 Receitas para Inscritos Elegíveis ou Inscritos no Programa de Subsídio de Baixo Rendimento (Low Income Subsidy, LIS) de Medicare Part D. A participação dos restantes custos na prescrição de medicamentos para inscritos no Medicare Advantage D que sejam ou elegíveis ou estejam inscritos no programa LIS, de acordo com as orientações dos Centros Medicare e Medicaid Services (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Serviços Prestados Fora da Rede Hospitalar KP. A apólice MFA aplica-se unicamente a serviços prestados em instalações KP e por prestadores de serviços KP. Mesmo quando referidos por um prestador de serviços KP, todos os outros serviços não são elegíveis no âmbito da MFA. Estão excluídos serviços prestados em consultórios médicos, instalações de cuidados urgentes e serviços de atendimento de emergência não incluídos na rede KP, bem como serviços de cuidados de saúde em casa, casas de repouso e cuidados de recuperação a menos que sejam identificados como uma exceção de acordo com a Secção 5.1.1.5 acima.

5.1.2.5 Equipamento Médico Duradouro (DME). Seja ele prescrito ou não por um prestador de serviço KP, o DME fornecido pelo fornecedor contratado é excluído, a menos que identificado como uma exceção de acordo com a Secção 5.1.1.5 acima.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 5 de 20

5.1.2.6 Prêmios de Seguros de Saúde. O programa de MFA não ajuda os doentes no pagamento de despesas relacionadas com a cobertura de cuidados de saúde (ou seja, despesas vencidas ou prémios).

5.1.2.7 Serviços não elegíveis adicionais. Os serviços adicionais que não são elegíveis de acordo com a apólice de MFA encontram-se identificados na ADENDA anexo, *Secção II, Serviços adicionais elegíveis e não elegíveis de acordo com a apólice de MFA.*

5.2 Prestadores de serviço. A MFA somente é aplicada a serviços elegíveis fornecidos por prestadores de cuidados médicos aos quais se aplica à apólice da MFA, conforme indicado na ADENDA anexo, *Secção III, Prestadores de serviços sujeitos e não sujeitos à apólice MFA.*

5.3 Fontes de Informação sobre o Programa e Como Solicitar MFA. Informações adicionais sobre o programa de MFA e sobre ele se aplica encontram-se resumidas na ADENDA anexo, *Secção IV, Informação do programa e candidatura para MFA.*

5.3.1 Fontes de Informação sobre o Programa. Encontram-se disponíveis cópias da apólice MFA, formulários de inscrição, instruções e resumos em linguagem simples (ou seja, resumos da apólice ou folhetos do programa) ao público em geral, gratuitamente, no site da KFHP/H, por e-mail, pessoalmente, ou por correio postal dos EUA.

5.3.2 Candidatura para MFA. Para se candidatar para o programa MFA, é preciso que o paciente demonstre uma necessidade imediata causada por uma cobrança de um saldo considerável de serviços KP, uma consulta agendada na rede KP ou uma prescrição farmacêutica solicitada por um prestador de serviços KP para os serviços elegíveis descritos acima. Um paciente pode candidatar-se ao programa MFA de várias maneiras, incluindo on-line, pessoalmente, por telefone, ou por um formulário de inscrição.

5.3.2.1 Seleção de pacientes para elegibilidade de programas público e privado. A KFHP/H incentiva todos os indivíduos a obterem um plano de saúde para garantir o acesso a serviços de saúde, para sua saúde pessoal e para a proteção dos ativos do paciente. A KFHP/H disponibiliza aconselhamento financeiro a pacientes que se candidatam ao programa MFA de forma a identificar potenciais programas públicos e privados de cobertura de cuidados saúde que possam ajudar nas necessidades de acesso a cuidados de saúde. Um paciente que seja considerado elegível para qualquer programa público ou privado de cobertura de cuidados de saúde pode precisar de se candidatar a esses programas.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 6 de 20

5.4 Informações Necessárias para Solicitar MFA. Para determinar a elegibilidade para o programa MFA são necessárias informações pessoais, financeiras, e outras, completas com vista a verificar a situação financeira de um doente, bem como para programas públicos e privados de cobertura de cuidados de saúde. Um pedido de MFA pode ser recusado devido a informações incompletas. As informações podem ser fornecidas por escrito, pessoalmente ou por telefone.

5.4.1 Verificação da Situação Financeira. A situação financeira de um paciente é verificada sempre que ele solicita assistência. Se a situação financeira do paciente puder ser verificada utilizando fontes de dados externas, pode não ser necessário fornecer documentação financeira.

5.4.2 Fornecer Informações Financeiras e Outras. Se não for possível verificar a situação financeira de um paciente utilizando fontes de dados externas, poderá ser solicitado que ele disponibilize as informações descritas no pedido de inscrição no programa de MFA para verificação de sua situação financeira.

5.4.2.1 Informações Completas. A elegibilidade para o programa de MFA é determinada assim que forem recebidas todas as informações pessoais, financeiras, e outras, necessárias.

5.4.2.2 Informações Incompletas. Um doente é notificado pessoalmente, por correio ou por telefone se as informações requeridas recebidas estiverem incompletas. O doente pode disponibilizar as informações em falta no prazo de 30 dias a contar da data de envio do aviso ou da ocorrência da conversa pessoal ou telefónica.

5.4.2.3 Informações Solicitadas Indisponíveis. Um paciente que não tenha as informações solicitadas descritas no pedido de inscrição no programa poderá contactar a KFHP/H para discutir outras formas disponíveis para demonstrar elegibilidade.

5.4.2.4 Indisponibilidade de Informações Financeiras. Um paciente deve fornecer informações financeiras básicas (por exemplo, rendimento, se houver, e fonte) e atestar a sua validade quando (1) não for possível verificar a respetiva situação financeira utilizando fontes de dados externas, (2) não estiverem disponíveis as informações financeiras solicitadas e (3) não existir nenhuma outra forma disponível de demonstrar elegibilidade. São necessárias informações financeiras básicas e respetiva comprovação do paciente quando ele:

5.4.2.4.1 Estiver sem abrigo, ou

5.4.2.4.2 Não tiver rendimentos, não receber um recibo da respetiva entidade patronal (excluindo trabalhadores independentes), receber presentes monetários ou tiver usufruído de isenção de apresentar declaração de rendimentos no ano fiscal anterior, ou

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 7 de 20

5.4.2.4.3 Tiver sido afetado por um desastre nacional ou regional conhecido (Consulte a Secção 5.11 abaixo).

5.4.3 Cooperação do Doente. O doente deve empreender esforços razoáveis para disponibilizar todas as informações solicitadas. Se não forem disponibilizadas todas as informações solicitadas, são consideradas as circunstâncias e podem ser tidas em consideração quando da determinação de elegibilidade.

5.5 Determinação de elegibilidade presumida. Um paciente que não se candidatou pode ser identificado como elegível para o programa MFA com base em informações diferentes daquelas fornecidas pelo paciente. Se determinado elegível, o paciente não precisa fornecer informações financeiras, pessoais ou de outro tipo para verificar a situação financeira e pode ser automaticamente elegível para uma compensação MFA. É presumido que o paciente seja elegível se ele foi pré-qualificado ou identificado para encaminhamento de incumprimento, conforme descrito abaixo:

5.5.1 Pré-qualificado. Um paciente que foi qualificado pelo processo de seleção financeira para os programas de assistência pública e privada é elegível para o programa MFA. O paciente é considerado pré-qualificado se ele:

5.5.1.1 Estiver inscrito num programa comunitário MFA (Community Medical Financial Assistance, CMFA) para o qual os pacientes foram encaminhados e pré-qualificados por (1) um governo federal, estatal ou local, (2) uma organização parceira baseada na comunidade ou (3) um evento de saúde na comunidade patrocinado pela KFHP/H, ou

5.5.1.2 Estiver inscrito num programa de Benefícios comunitários KP destinado a apoiar o acesso aos cuidados para pacientes com baixo rendimento e pré-qualificados por pessoal KFHP/H designado, ou

5.5.1.3 Estiver inscrito num programa credível de cobertura de cuidados de saúde com condição de recursos (por exemplo, Medicare Low Income Subsidy Program [Programa de Subsídio de Baixo Rendimento Medicare]), ou

5.5.1.4 Tenha previamente recebido uma compensação MFA nos últimos 30 dias

5.5.2 Identificado para referência de inadimplência. Após todas as fontes de elegibilidade e pagamento tiverem sido esgotadas, o paciente que receber cuidado numa instalação KP tiver indicações de dificuldades financeiras (por exemplo, dívidas a pagar ou vencidas) pode ser selecionado para a elegibilidade do programa com fontes de dados externas. Se elegível, o paciente recebe uma compensação MFA apenas para as dívidas a pagar. Dívidas a pagar para serviços qualificados podem

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 8 de 20

não ser enviadas para pagamento, sujeita a uma ação de pagamento futura, ou inclusa na referência a dívida incobrável.

5.6 Critério de elegibilidade do programa. Conforme resumido na ADENDA anexo, *Secção V, Critérios de elegibilidade*, um paciente que tenha solicitado inscrição para MFA poderá qualificar-se para assistência financeira com base em critérios de despesas médicas elevadas ou de condição de recursos.

5.6.1 Critérios de Condição de Recursos. Um paciente é avaliado para determinar se ele cumpre os critérios de condição de recursos.

5.6.1.1 Elegibilidade Baseada no Nível de Rendimento. Um paciente de uma família com rendimento inferior ou igual aos critérios de condição de recursos da KFHP/H, como uma percentagem das Orientações federais de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), é elegível para assistência financeira.

5.6.1.2 Rendimento do Agregado. Os requisitos de rendimento aplicam-se aos membros da família. Uma família é um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivem juntas. Os membros da família podem incluir parceiros, parceiros domésticos qualificados, crianças, familiares que prestam cuidados, os filhos do familiar que presta cuidado, e quaisquer outros indivíduos pelos quais o indivíduo, parceiro, parceiro doméstico ou familiar é responsável e reside na mesma habitação.

5.6.2 Critérios de Despesas Médicas Elevadas. Um paciente é avaliado para determinar se ele cumpre ou não os critérios de elegibilidade de despesas médicas de alto custo.

5.6.2.1 Elegibilidade Baseada em Despesas Médicas Elevadas. Um paciente de uma família com qualquer nível de rendimento com despesas médicas e farmacêuticas correntes para serviços elegíveis durante um período superior a 12 meses ou igual a 10% da renda anual familiar é elegível para assistência financeira.

5.6.2.1.1 Despesas correntes KFHP/H. Despesas médicas e de farmácia incorridas em instalações KP incluem participações, depósitos, cosseguros e franquias relacionados com serviços elegíveis.

5.6.2.1.2 Despesas correntes fora da rede KFHP/H. Despesas médicas, dentárias e farmacêuticas relativas a serviços prestados em instalações não incluídas na rede KP, relacionadas com serviços elegíveis e incorridas pelo paciente (excluindo quaisquer descontos ou deduções) estão inclusas. O doente tem de fornecer documentação das despesas médicas para os serviços recebidos em instalações não incluídas na rede KP.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 9 de 20

5.6.2.1.3 Prêmios de Seguros de Saúde. Despesas correntes não incluem os custos associados com a cobertura de cuidados de saúde (ou seja, despesas vencidas ou prêmios).

5.7 Rejeições e Recursos

5.7.1 Rejeições. Um doente que tenha solicitado a inscrição no programa MFA e não cumpra os critérios de elegibilidade é informado, verbalmente ou por escrito, que o seu pedido de MFA foi rejeitado.

5.7.2 Como recorrer em caso de Rejeição de MFA. Um doente que acredite que o seu pedido de inscrição ou as informações não foram devidamente considerados poderá recorrer da decisão. As instruções sobre como proceder em caso de recurso estão incluídas na carta de rejeição da MFA. Os recursos são revistos por pessoal designado da KFHP/H.

5.8 Estrutura de Compensações. As compensações MFA se aplicam a saldos vencidos ou a vencer tidos anteriormente apenas como identificados para referência de incumprimento e cobranças pendentes. As compensações MFA também podem incluir um período de elegibilidade para quaisquer serviços de acompanhamento necessários, conforme determinado pelo prestador de serviços KP.

5.8.1 Base para a Compensação. As despesas do paciente pagas pelo programa MFA são determinadas com base nele ter ou não cobertura de plano de saúde e no rendimento familiar.

5.8.1.1 Paciente elegível para MFA sem cobertura de plano de saúde (não segurado). Um paciente elegível não segurado recebe um desconto em todos os serviços elegíveis.

5.8.1.2 Paciente elegível para MFA com cobertura de plano de saúde (segurado). Um paciente elegível segurado recebe um desconto em todos os serviços elegíveis (1) pelos quais ele é pessoalmente responsável e (2) não pagos por sua seguradora. O doente tem de fornecer documentação, assim como uma Declaração Detalhada de Benefícios (Explanation of Benefits, EOB), para determinar a parte da fatura não coberta pelo seguro.

5.8.1.2.1 Pagamentos Recebidos da Companhia de Seguros. Um paciente elegível segurado precisa enviar à KFHP/H quaisquer pagamentos para os serviços fornecidos pela KFHP/H, que receba da sua seguradora.

5.8.1.3 Programação de desconto. Informações adicionais sobre os descontos disponíveis na apólice estão resumidas na ADENDA anexo, *Secção VI, Programação de desconto*.

5.8.1.4 Reembolsos de Liquidações. A KFHP/H exerce o direito de cobrar o reembolso de liquidações de responsabilidade civil/acordos de proteção de seguro pessoal ou outras pessoas legalmente responsáveis, conforme aplicável.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 10 de 20

5.8.2 Período de Elegibilidade da Compensação. O período de elegibilidade para os serviços de acompanhamento tem início na data de aprovação, ou na data em que os serviços foram fornecidos, ou na data em que os medicamentos foram dispensados. A duração do período de elegibilidade ocorre apenas por um período de tempo limitado e sua determinação fica a critério da KP de diversas formas, incluindo:

5.8.2.1 Período de Tempo Específico. Máximo de 365 dias para serviços de acompanhamento elegíveis e dívidas a pagar identificadas antes do encaminhamento de devedores.

5.8.2.2 Cuidado imediato e enfermagem especializada. Um máximo de 30 dias para serviços fornecidos fora da rede KP.

5.8.2.3 Equipamento médico durável. Máximo de 180 dias para equipamento médico oferecido pelo prestador.

5.8.2.4 Decurso de um tratamento ou uma determinada situação de cuidados. Máximo de 180 dias para um decurso de um tratamento e/ou determinada situação de cuidados, conforme estabelecido por um prestador de serviços KP.

5.8.2.5 Pacientes que podem ser elegíveis para programas de cobertura de saúde privados ou públicos. Máximo de 90 dias para auxílio ao paciente enquanto se candidata aos programas de cobertura de saúde privados ou públicos.

5.8.2.6 Compensação Única para Farmácia. Antes de se candidatar ao programa de MFA, um paciente é elegível para uma compensação única para farmácia se (1) não tiver uma compensação MFA, (2) aviar uma receita prescrita por um prestador de serviços KP em uma farmácia KFHP/H e (3) expressar incapacidade para pagar o custo da receita. A compensação única está limitada a 30 dias e inclui um fornecimento razoável de medicamentos conforme clinicamente determinado pelo prestador de serviços KP.

5.8.2.7 Pedido de Prorrogação da Compensação. No início dos trinta (30) dias antes da data de vencimento da compensação existente e em qualquer momento após isso, o paciente pode candidatar-se novamente ao programa.

5.8.3 Compensação Revogada, Anulada ou Alterada. A KFHP/H pode revogar, anular ou alterar uma compensação MFA, em determinadas situações, segundo o seu critério. Estas situações incluem:

5.8.3.1 Fraude, Roubo ou Alteração de Condições Financeiras. Um caso de fraude, declarações falsas, roubo, alteração de condições financeiras de um doente, ou outra circunstância que comprometa a integridade do programa de MFA.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 11 de 20

5.8.3.2 Elegível para Programas Públicos e Privados de Cobertura de Cuidados de Saúde. Um doente alvo de triagem para programas públicos e privados de cobertura de cuidados de saúde é presumido como sendo elegível, mas não colabora no processo de pedido de inscrição desses programas.

5.8.3.3 Identificação de Outras Fontes de Pagamento. A cobertura de cuidados de saúde ou outras formas de pagamento identificadas após um doente receber uma compensação MFA faz com que os encargos de serviços elegíveis sejam novamente cobrados de forma retroativa. Se isso ocorrer, o paciente não é cobrado por parte de uma fatura (1) pela qual é pessoalmente responsável e (2) que não é paga pela respetiva cobertura de plano de saúde ou outra fonte de pagamento.

5.8.3.4 Alteração na Cobertura de Cuidados de Saúde. Irá ser solicitado a um doente que experimente uma alteração na cobertura de cuidados de saúde que volte a apresentar um pedido de inscrição no programa de MFA.

5.9 Limitação de Encargos. É proibido cobrar pacientes elegíveis para MFA pelo montante total (ou seja, encargos brutos) de encargos hospitalares de um Hospital da Kaiser Foundation. A um doente que tenha recebido serviços hospitalares elegíveis num Hospital da Kaiser Foundation e seja elegível para o programa de MFA, mas que não tenha recebido uma compensação MFA ou que tenha rejeitado uma compensação MFA, não é cobrado mais do que os montantes geralmente faturados (Amounts Generally Billed, AGB) relativos a esses serviços.

5.9.1 Montantes geralmente faturados. Os montantes geralmente faturados (AGB) para cuidados médicos de emergência ou outros cuidados clinicamente necessários a indivíduos que tenham seguro que cubra esses cuidados são determinados para instalações KP conforme descrito na ADENDA anexo, *Secção VII, Base de cálculo de montantes geralmente faturados (AGB)*.

5.10 Ações de Cobrança.

5.10.1 Esforços Razoáveis de Notificação. A KFHP/H ou uma agência de cobranças agindo em seu nome empreende esforços razoáveis para notificar os pacientes com despesas vencidas ou montantes em dívida relativos ao programa de MFA. Os esforços razoáveis de notificação incluem:

5.10.1.1 Fornecer um aviso escrito no prazo de 120 dias de uma primeira declaração pós-alta informando o titular da conta de que se encontra disponível MFA para aqueles que se qualificarem para tal.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 12 de 20

- 5.10.1.2** Fornecer uma notificação por escrito com uma lista de ações de cobrança extraordinária (extraordinary collection actions, ECA) que o KFHP/H, ou uma agência de cobranças, pretende iniciar para o pagamento do valor em dívida e o prazo para tais ações, que não pode ser inferior a 30 dias do aviso por escrito.
- 5.10.1.3** Fornecer ao doente uma síntese da apólice MFA, em linguagem simples, juntamente com o primeiro extrato de conta do hospital.
- 5.10.1.4** Tentativa de notificação do titular da conta verbalmente sobre a apólice MFA e sobre como obter assistência através do processo de pedido de inscrição para MFA.
- 5.10.1.5** Ao determinar a elegibilidade do programa mediante solicitação, as dívidas vencidas ou a vencer do paciente são transferidas para uma agência de cobranças.
- 5.10.2 Suspensão de Ações de Cobrança Extraordinária.** A KFHP/H não realiza, ou permite que agências de cobrança façam em seu nome, ações de cobrança extraordinária (ECA) relativas a um paciente se ele:
- 5.10.2.1** Usufruir de uma compensação MFA, ou
- 5.10.2.2** Tiver iniciado um pedido de inscrição no programa MFA após o início de ECA. As ECA são suspensas até que seja realizada uma determinação final de elegibilidade.
- 5.10.3 Ações de Cobrança Extraordinária Permitidas.**
- 5.10.3.1 Determinação Final de Esforços Razoáveis.** Antes de iniciar qualquer ECA, o Líder Regional de Serviços Financeiros e Ciclo de Rendimentos de Doentes tem de garantir o seguinte:
- 5.10.3.1.1** Empreendimento de esforços razoáveis para notificar o doente do programa de MFA, e
- 5.10.3.1.2** Disponibilização ao doente de, pelo menos, 240 dias a partir da primeira declaração de faturação para inscrição no programa MFA.
- 5.10.3.2 Reportar a Agências de Crédito do Consumidor ou Instituições de Crédito.** A KFHP/H ou uma agência de cobrança agindo em seu nome podem relatar informações adversas a agências de informação de crédito de consumidores ou instituições de crédito.
- 5.10.3.3 Ações Judiciais ou Cíveis.** Antes de avançar com quaisquer ações judiciais ou cíveis, a KFHP/H valida a situação financeira do paciente utilizando fontes de dados externas para determinar se ele é elegível para o programa de MFA.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 13 de 20

5.10.3.3.1 Elegível para MFA. Não são adotadas ações adicionais relativas a pacientes elegíveis para o programa de MFA. As contas que se qualifiquem para MFA são canceladas e devolvidas de forma retrospectiva.

5.10.3.3.2 Não Elegível para MFA. Em casos muito limitados, podem ser adotadas as seguintes ações com aprovação prévia do Diretor Financeiro ou Supervisor regional:

5.10.3.3.2.1 Penhora de salários

5.10.3.3.2.2 Ações judiciais/processos civis. Não se avança com ações judiciais relativamente a um indivíduo desempregado e sem um rendimento significativo.

5.10.3.3.2.3 Ônus sobre imóveis.

5.10.4 Ações de Cobrança Extraordinária. A KFHP/H não executa, autoriza ou permite que agências de cobrança realizem as seguintes ações em quaisquer circunstâncias:

5.10.4.1 Adiar, negar ou exigir o pagamento, por falta de pagamento do titular da conta de um saldo anterior, antes de fornecer cuidados médicos de emergência ou clinicamente necessários.

5.10.4.2 Vender a dívida de um titular da conta a terceiros.

5.10.4.3 Executar hipotecas ou apreensão de contas.

5.10.4.4 Pedir mandados de prisão.

5.10.4.5 Pedir mandados de detenção civil.

5.11 Resposta a desastres. A KFHP/H pode modificar temporariamente os critérios e processos de aplicação do programa de elegibilidade MFA para aumentar a assistência disponível a comunidades e pacientes afetados por eventos conhecidos qualificados como desastre pelo governo federal ou estadual.

5.11.1 Modificações potencialmente elegíveis. Mudanças temporárias para os critérios de elegibilidade MFA podem incluir:

5.11.1.1 Suspensão de restrições de elegibilidade

5.11.1.2 Aumento dos limites de critérios de condição de recursos.

5.11.1.3 Diminuição do limite de critérios de despesas médicas de alto custo.

5.11.2 Possíveis modificações do processo de aplicação. Mudanças temporárias para o processo de aplicação MFA podem incluir:

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 14 de 20

5.11.2.1 Permitir que pacientes forneçam informações financeiras básicas (por exemplo, rendimento, se houver, e fonte) e atestar a sua validade quando (1) não for possível verificar a respetiva situação financeira utilizando fontes de dados externas, (2) não estiverem disponíveis as informações financeiras solicitadas e (3) não existir nenhuma outra forma disponível de demonstrar elegibilidade.

5.11.2.2 Considerar o impacto de redução salarial ou desemprego futuros devido ao evento ao determinar o rendimento familiar.

5.11.3 Informações disponíveis ao público. Informações que descrevem mudanças temporárias do programa de MFA são divulgadas ao público no site do programa MFA e nas instalações KP presentes nas áreas afetadas.

6.0 Referências/Apêndices

6.1 Anexo A – Termos do Glossário

6.2 Leis, Regulamentos e Recursos

6.2.1 Lei de Proteção e Cuidado ao Doente (Patient Protection and Affordable Care Act), Public Law 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.2.2 Registo Federal e as Orientações Federais de Pobreza Anuais (Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines)

6.2.3 Publicação do Serviço de Receita Interna, Instruções para o Anexo H 2014 (Formulário 990) (Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H (Form 990))

6.2.4 Aviso 2010-39 do Serviço de Receita Interna (Internal Revenue Service Notice 2010-39)

6.2.5 Código do Serviço de Receita Interna, 26 CFR Partes 1, 53 e 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Requisitos Adicionais para Hospitais Filantrópicos (Internal Revenue Service Code, 26 CFR Parts 1, 53, and 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Additional Requirements for Charitable Hospitals)

6.2.6 Associação de Hospitais da Califórnia – Políticas de Assistência Financeira para Hospitais e Leis de Benefícios Comunitários, Edição 2015 (California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition)

6.2.7 Associação Católica de Saúde dos Estados Unidos – Um Guia para Planeamento e Comunicação de Benefícios Comunitários, Edição 2012 (Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition)

6.3 Listas de Prestadores de Serviços

6.3.1 As listas de prestadores de serviços estão disponíveis nos sites da KFHP/H para:

6.3.1.1 Kaiser Permanente - Hawaii

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 15 de 20

- 6.3.1.2 Kaiser Permanente - Northwest
- 6.3.1.3 Kaiser Permanente - Northern California
- 6.3.1.4 Kaiser Permanente - Southern California
- 6.3.1.5 Kaiser Permanente - Washington

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 16 de 20

Anexo A Glossário de Termos

Programa Comunitário MFA (CMFA) refere-se a programas de assistência financeira médica planeada que colaboram com organizações comunitárias de apoio para fornecer acesso a cuidados clinicamente necessários a doentes não segurados e com seguro insuficiente e baixo rendimento em instalações KP.

Agência de cobranças refere-se à pessoa que, por ação direta ou indireta, conduz ou realiza cobranças ou tentativas de cobrança de um débito devido, ou supostamente devido, para um credor ou comprador de dívida.

Equipamento Médico Duradouro (DME) inclui, entre outros, bengalas normais, muletas, nebulizadores, artigos previstos no âmbito do benefício de DME, unidades de tração para portas para utilização doméstica, cadeiras de rodas, camas de hospitais e oxigénio para utilização em casa, conforme especificado pelos critérios de DME. DME não inclui ortóptica, próteses (por exemplo, talas/ortóteses dinâmicas, laringe artificial e outros itens) e artigos não sujeitos a receita médica e itens sensíveis (por exemplo, artigos de urologia e para tratamento de feridas).

Paciente elegível é um indivíduo que cumpre os critérios de elegibilidade descritos na presente apólice, se (1) não estiver seguro; (2) receber cobertura de um programa público (por exemplo Medicare, Medicaid, ou cobertura de plano de saúde subsidiados pela troca de informações de saúde); (3) estiver seguro por um plano de saúde fora da rede KFHP; ou se (4) estiver seguro pela KFHP.

Fontes de dados externas são fornecedores terceirizados usados para rever informações pessoais do paciente para avaliar a necessidade financeira ao utilizar um modelo baseado em banco de dados de registos públicos que avaliam cada paciente com base nos mesmos padrões para calcular o índice de capacidade financeira do paciente.

Orientações Federais de Pobreza (FPG) estabelecem os níveis de rendimento anual de pobreza conforme determinado pelo Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA e são atualizadas anualmente no Registo Federal.

Consultoria financeira consiste no processo usado para ajudar doentes a explorar as várias opções de financiamento e cobertura de planos de saúde disponíveis para pagar serviços prestados nas instalações KP. Os doentes que podem procurar aconselhamento financeiro incluem, entre outros, doentes que fazem pagamento por conta própria, não segurados, com seguro insuficiente e aqueles que expressaram uma incapacidade de pagar a dívida total.

Situação de rua descreve a situação de uma pessoa que reside num dos locais, ou se encontra em uma das situações abaixo:

- Em locais não destinados à habitação humana, tais como automóveis, parques, calçadas, edifícios abandonados (na rua); ou
- Num abrigo de emergência; ou
- Em alojamento transitório ou de apoio para pessoas sem abrigo, oriundas da rua ou de abrigos de emergência.
- Em qualquer um dos locais mencionados acima, mas que se encontra por um curto período de tempo (até 30 dias consecutivos) num hospital ou noutra instituição.
- Sendo alvo de ordem de despejo, no prazo de uma semana, de uma unidade de habitação privada ou em fuga de uma situação de violência doméstica sem residência posterior identificada e não tendo recursos e redes de apoio necessários para obter alojamento.
- Tenha de sair, no prazo de uma semana, de uma instituição, por exemplo, uma instalação de saúde mental ou de tratamento de abuso de substâncias onde a pessoa tenha residido durante mais de 30 dias consecutivos e sem residência posterior identificada e não tendo recursos financeiros e redes de apoio social necessários para obter alojamento.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 17 de 20

Anexo A
Glossário de Termos (cont.)

KP inclui a Kaiser Foundation Hospitals e clínicas afiliadas a hospitais, a Kaiser Foundation HealthPlans, a Permanente Medical Groups e respetivas subsidiárias, exceto a Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Instalações KP incluem quaisquer instalações físicas, incluindo o interior e exterior de um edifício, detidas ou alugadas pela KP no decurso das suas atividades comerciais, incluindo o fornecimento de cuidados ao doente (por exemplo, um edifício ou um piso/unidade KP, ou outra área interior ou exterior de um edifício não da KP).

Condição de recursos é o método pelo qual fontes de dados externas ou informações fornecidas pelo paciente são utilizadas para determinar a elegibilidade de um programa público de cobertura ou baseado em MFA para identificar se o rendimento do indivíduo é superior à percentagem especificada nas Orientações federais de pobreza.

Assistência financeira médica (MFA) fornece compensações monetárias para pagar despesas médicas a pacientes elegíveis que não podem pagar a totalidade ou parte dos serviços clinicamente necessários, produtos ou medicação e que tenham esgotado fontes de financiamento públicas e privadas. Os indivíduos têm de cumprir os critérios do programa de assistência para o pagamento de parte ou da totalidade do custo dos cuidados.

Artigos Médicos referem-se a materiais médicos não reutilizáveis como talas, ligaduras, pensos para feridas e faixas que são aplicados por um prestador de cuidados de saúde licenciado fornecendo serviços clinicamente necessários e excluindo os materiais comprados ou obtidos por um doente junto de outra fonte.

Custos de paciente significa parte das cobranças realizadas pelo cuidado recebido numa instalação KP (por exemplo, hospitais, clínicas afiliadas a hospitais, centros médicos, consultórios médicos e farmácias de ambulatório) que não são reembolsadas pela seguradora ou pagas pelo plano de saúde.

Isenção em Farmácia fornece assistência financeira a afiliados do KP Senior Advantage Medicare Part D com baixo rendimento que não têm capacidade para suportar o respetivo custo de medicamentos prescritos em ambulatório cobertos pelo Medicare Part D.

Rede de segurança refere-se a um sistema de organizações sem fins lucrativos e/ou agências governamentais que fornecem serviços de cuidados médicos a pessoas não seguradas ou carenciadas numa organização comunitária, como um hospital público, clínica comunitária, igreja, abrigo, unidade de saúde móvel, escola, etc.

Seguro insuficiente é um indivíduo para o qual, apesar de ter cobertura de plano de saúde, a obrigação de pagar prémios de seguro, participações, cosseguros e franquias é financeiramente difícil fazendo com que sofra atraso ou não receba serviços de cuidados de saúde devido aos custos correntes.

Não segurado é um indivíduo que não tem plano de saúde ou assistência financeira patrocinada pela federação ou estado para ajudar a pagar os serviços de cuidados de saúde.

Populações vulneráveis incluem grupos demográficos cuja saúde e bem-estar são considerados como estando em maior risco do que os da população geral devido ao estatuto socioeconómico, doença, etnia, idade ou outros fatores incapacitantes.

Mandados de detenção civil correspondem a um processo iniciado por um tribunal instruindo as autoridades a deter uma pessoa considerada como estando em desobediência ao tribunal, semelhante a um mandado de prisão.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 18 de 20

ADENDO: Kaiser Permanente Southern California
DATA EFETIVA DA ADENDA: 1 de janeiro de 2022

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Essa política aplica-se a todas as instalações KFHP/H (por exemplo, hospitais, clínicas afiliadas a hospitais, centros médicos e consultórios médicos) e farmácias ambulatorio. Os Kaiser Foundation Hospitals no sul da Califórnia incluem:

KFH Anaheim	KFH Moreno Valley
KFH Irvine	KFH San Jose
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: A Kaiser Foundation Hospitals cumpre o Código de Saúde e Segurança da Califórnia, Políticas de Fixação Justa de Preços para Hospitais (Hospital Fair Pricing Policies, California Health & Safety Code) §127400.

- II. Serviços Adicionais Elegíveis e Não Elegíveis ao abrigo da Apólice MFA.**
- a. **Transporte para Doentes sem abrigo.** Disponível para doentes sem abrigo para situações de emergência e de não emergência com vista a facilitar a alta de Hospitais KP ou de Departamentos de Emergência KP.
 - b. **Serviços Adicionais Não Elegíveis.**
 - i. Próteses auditivas
 - ii. Artigos óticos
 - iii. **Despesas Associadas à Comparticipação de Despesas (Share of Cost, SoC) - Medi-Cal.** A SoC é considerada parte integrante do programa Medi-Cal concebido para fornecer benefícios de cuidados de saúde com vista a ajudar beneficiários Medi-Cal que se posicionam na parte superior do limite de rendimentos. A MFA não pode ser aplicada a valores de SoC, pois a SoC é determinada pelo estado como um valor que o paciente deve pagar antes de se tornar elegível para o Medicaid.
- III. Prestadores de Serviços Sujeitos e Não Sujeitos à Apólice MFA.** A lista de prestadores de serviços de Kaiser Foundation Hospitals que estão sujeitos e não estão sujeitos à apólice MFA encontra-se disponível ao público em geral, gratuitamente, no site MFA da KFHP/H www.kp.org/mfa/scal.

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 19 de 20

IV. Informações sobre o Programa e Como Solicitar MFA. Encontram-se disponíveis informações sobre o programa de MFA, incluindo cópias da apólice MFA, formulários de inscrição, instruções e resumos em linguagem simples (ou seja, folhetos do programa) ao público em geral, gratuitamente, em formato eletrônico ou impresso. Um paciente pode solicitar a inscrição no programa MFA durante ou após cuidados oferecidos pela KFHP/H de várias formas, incluindo pessoalmente, por telefone ou solicitação por escrito. (Consultar as secções 5.3 e 5.4 acima.)

- a. **Preencha e envie a inscrição on-line no site da KFHP/H.** Um paciente pode iniciar e enviar as informações de inscrição de forma eletrónica no site da MFA www.kp.org/mfa/scal.
- b. **Download das informações do programa no site da KFHP/H.** As cópias eletrónicas das informações sobre o programa estão disponíveis no site da MFA www.kp.org/mfa/scal.
- c. **Solicitar Informações sobre o Programa Eletronicamente.** Encontram-se disponíveis cópias eletrónicas das informações sobre o programa por e-mail mediante pedido.
- d. **Obter Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido Pessoalmente.** Encontram-se disponíveis informações sobre o programa junto dos Departamentos de Admissão e Emergência nos hospitais da Kaiser Foundation Hospitals listados na Secção I, *Hospitais da Kaiser Foundation Hospitals*.
- e. **Solicitar Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido por Telefone.** Os consultores estão disponíveis telefonicamente para fornecer informações, determinar elegibilidade para a MFA e ajudar o doente a solicitar a mesma. Os consultores podem ser contactados através do(s):

Telefones: 1-800-390-3507

- f. **Solicitar Informações sobre o Programa ou Apresentar o Pedido por Correio.** Um doente pode solicitar informações sobre o programa e apresentar o pedido de MFA enviando um formulário de pedido MFA devidamente preenchido por correio. Quaisquer solicitações de informações e pedidos podem ser enviados para:

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

- g. **Entregar pessoalmente a inscrição preenchida.** Os formulários preenchidos podem ser entregues pessoalmente nos Serviços de Admissão em qualquer Hospital Kaiser Foundation.

V. Critérios de Elegibilidade. O rendimento familiar do paciente é considerado para determinar a elegibilidade para MFA. (Consultar a Secção 5.6.1. acima.)

- a. Critérios de Condição de Recursos: até 400% das Orientações Federais de Pobreza

Nome da Apólice: Assistência Financeira Médica	Número da Apólice: NATL.CB.307
Departamento Responsável: National Community Benefit	Data Efetiva: 1º de Fevereiro de 2021
Depositário: Diretor, Assistência Financeira Médica	Página: 20 de 20

- b. Os afiliados do plano KFHP que tenham uma franquia devem cumprir os critérios de despesas médicas elevadas para serem elegíveis para o programa

VI. Programação de desconto. A quantia cobrada pela KP para o paciente que se qualifica para assistência médica financeira baseia-se no tipo de critério de elegibilidade usado para qualificar o paciente para o programa.

- a. **Paciente atende aos critérios de condição de recursos.** Um paciente que atende aos critérios de condição de recursos receberá um desconto de 100% dos custos do paciente ou parte dos custos de serviços fornecidos pelos quais o paciente é responsável.
- b. **Paciente atende aos critérios de despesas médicas de alto custo.** Um paciente que atende aos critérios de despesas médicas de alto custo receberá um desconto de 100% dos custos do paciente ou custos de serviços fornecidos pelos quais o paciente é responsável.

VII. Base para o cálculo de quantias geralmente faturadas (AGB). A KFHP/H determina a AGB para qualquer emergência médica ou outros cuidados clinicamente necessários utilizando o método retroativo e multiplicando os custos brutos do serviço pela taxa AGB. As informações referentes à taxa AGB e ao cálculo encontram-se disponíveis no site MFA da KFHP/H www.kp.org/mfa/scal.

VIII. Reembolsos. Nos casos em que um paciente tenha apresentado o pedido e tenha recebido a aprovação para receber MFA é iniciado um reembolso relativo a qualquer montante recebido superior ao que a KFHP/H previa para pagamento pelo Medicare, Medi-Cal ou qualquer outro apoio governamental para serviços hospitalares e/ou profissionais.

- a. Os juros irão acumular à taxa indicada na Secção 685.010 do Código de Processo Civil; com início na data em que o pagamento do doente seja recebido pelo hospital. A taxa de juro atual é de 10%.