

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 1 de 18

1.0 Declaración de la póliza

Kaiser Foundation Hospitals (KFH) y Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) se comprometen a ofrecer programas que faciliten el acceso a la atención médica por parte de las poblaciones más vulnerables. Este compromiso incluye brindar asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos sin seguro o con un seguro insuficiente que reúnan los requisitos de elegibilidad y cuya falta de recursos les impida acceder a una atención de emergencia o médicamente necesaria.

2.0 Objetivo

Esta póliza describe los requisitos que el paciente debe cumplir para recibir asistencia financiera para cubrir servicios de emergencia y médicamente necesarios a través del programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA). Los requisitos se establecen conforme al Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos (*Internal Revenue Code*) de Estados Unidos y las regulaciones estatales pertinentes en cuanto a servicios elegibles, cómo obtener acceso, criterios de elegibilidad del programa, estructura de las asignaciones MFA, cálculo de los montos de las asignaciones y acciones permitidas en caso de incumplimiento en el pago de las facturas médicas.

3.0 Alcance

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

- 3.1** Kaiser Foundation Hospitals,
- 3.2** Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y
- 3.3** Compañías subsidiarias de KFH/HP.
- 3.4** Esta póliza se aplica a los centros de Kaiser Foundation Hospitals que figuran en el ANEXO adjunto, *Artículo I, Kaiser Foundation Hospitals*, incorporados en el presente a modo de referencia.

4.0 Definiciones

Consulte el Apéndice A, Glosario de Términos de la Póliza.

5.0 Disposiciones

KFH/HP ofrece un programa MFA sujeto a comprobación de recursos con el fin de mitigar las limitaciones económicas que impiden el acceso a una atención de emergencia y médicamente necesaria. El programa está disponible para pacientes elegibles independientemente de su edad, incapacidad, género, raza, religión, condición social, estado migratorio, orientación sexual, nacionalidad y presencia o ausencia de cobertura médica.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 2 de 18

5.1 Servicios elegibles y no elegibles conforme a la Póliza MFA. Excepto que se especifique lo contrario en el ANEXO adjunto, Artículo II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la Póliza MFA.

5.1.1 Servicios elegibles. La MFA puede aplicarse a servicios de atención de emergencia y médicamente necesarios, servicios y productos farmacéuticos, y suministros médicos brindados en los centros de KP (por ej. hospitales, centros médicos y edificios de oficinas médicas), en las farmacias para pacientes externos de KFH/HP o a través de proveedores de Kaiser Permanente (KP). La MFA puede aplicarse a los siguientes productos y servicios:

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

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

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

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

5.1.1.2.3 Beneficiarios de Medicare. Se aplica a los beneficiarios de Medicare para medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D como medicamentos exentos de farmacia.

5.1.1.3 Otros servicios elegibles disponibles. Los servicios elegibles adicionales conforme a la póliza MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Artículo II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la Póliza MFA.*

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

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 3 de 18

- 5.1.2.1 Servicios que no son considerados de emergencia ni médicamente necesarios por parte de un proveedor de KP.** (1) Servicios o cirugías estéticas, (2) tratamientos de infertilidad, (3) suministros médicos al por menor, (4) servicios de embarazo por encargo de terceros, y (5) servicios relacionados con la responsabilidad civil de terceros o el seguro de los trabajadores.
- 5.1.2.2 Recetas y suministros de farmacia.** Las recetas y suministros que no son considerados de emergencia o médicamente necesarios incluyen, entre otros, (1) medicamentos o suministros de venta sin receta y (2) medicamentos excluidos de forma específica (por ej. relacionados con la fertilidad, estética, disfunción sexual).
- 5.1.2.3 Recetas para afiliados de Medicare Parte D que sean elegibles o estén inscritos en el Programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, Low Income Subsidy). El costo compartido restante de medicamentos recetados para afiliados de Medicare Advantage Parte D que sean elegibles o estén inscritos en el programa LIS, conforme a las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).**
- 5.1.2.4 Servicios prestados fuera de los centros de KP.** La póliza MFA se aplica únicamente a los servicios prestados en los centros de KP por parte de proveedores de KP. Incluso siendo remitidos por un proveedor de KP, todos los demás servicios no son elegibles para recibir la MFA. Los servicios prestados en oficinas médicas, centros de urgencia y departamentos de emergencias no pertenecientes a KP, así como los servicios de salud domiciliaria, cuidados paliativos, atención de recuperación y atención de custodia quedan excluidos.
- 5.1.2.5 Primas del plan de salud.** El programa MFA no brinda asistencia para pagar gastos relacionados con las primas del seguro médico.
- 5.1.2.6 Servicios adicionales no elegibles.** Los servicios adicionales no elegibles conforme a la póliza MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Artículo II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la Póliza MFA.*
- 5.2 Proveedores.** La MFA se aplica únicamente a servicios elegibles brindados por proveedores de atención médica que estén cubiertos por la póliza MFA, tal como figura en el ANEXO adjunto, *Artículo III, Proveedores sujetos y no sujetos a la Póliza MFA.*
- 5.3 Fuentes de información del programa e inscripción a la MFA.** Para obtener información adicional sobre el programa MFA y cómo inscribirse, consulte el ANEXO adjunto, *Artículo IV, Información sobre el programa e inscripción a la MFA.*

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 4 de 18

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

5.3.2 Inscripción a la MFA. Los pacientes pueden inscribirse al programa MFA —durante o después de recibir atención médica de KFH/HP— personalmente, por teléfono o presentando una solicitud impresa.

5.3.2.1 Pacientes elegibles para programas públicos y privados. KFH/HP ofrece asesoría financiera a los pacientes que quieran inscribirse en el programa MFA con el fin de identificar posibles programas de cobertura médica públicos y privados que faciliten el acceso a la atención médica. Los pacientes que se presuman elegibles para cualquier programa de cobertura médica público o privado deberán inscribirse en dicho programa.

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

5.4.1 Verificación del estado financiero. El estado financiero de un paciente se verifica cada vez que éste solicita asistencia. Si el estado financiero de un paciente puede verificarse utilizando fuentes externas de información, puede que no tenga que suministrar documentación financiera.

5.4.2 Suministro de información financiera y de otra índole. Si el estado financiero de un paciente no puede verificarse mediante fuentes externas de información o el paciente se inscribe por correo, éste deberá enviar la información necesaria para corroborar su estado financiero.

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

5.4.2.2 Información incompleta. En caso de que la información recibida esté incompleta, el paciente será notificado personalmente, por correo o teléfono. El paciente deberá enviar la información faltante dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que recibió el aviso por correo o fue notificado personalmente o vía telefónica.

5.4.2.3 Información requerida no disponible. El paciente que no tenga la información requerida para la inscripción al programa puede comunicarse con KFH/HP para discutir otras formas de demostrar su elegibilidad.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 5 de 18

5.4.2.4 Información financiera no disponible. El paciente deberá suministrar información financiera básica (por ej. sobre sus ingresos, si corresponde, y la fuente de dichos ingresos) y dar fe de su validez siempre que (1) su estado financiero no pueda ser verificado mediante fuentes externas de información, (2) la información financiera requerida no esté disponible y (3) no existan otras formas de demostrar su elegibilidad. El paciente deberá brindar información financiera básica y dar fe de su validez en caso de que:

5.4.2.4.1 No tenga hogar, o

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

5.4.2.4.3 Haya sido afectado por un evento nacional o regional calificado como desastre por el gobierno estatal o federal, o por un evento personal que le haya causado la pérdida o incapacidad para habitar su vivienda y no pueda acceder a la documentación financiera ni del seguro médico.

5.4.3 Pacientes que precalifican. El paciente se considerará elegible para el programa y no tendrá que suministrar información personal, financiera o de otra índole para verificar su estado financiero siempre que:

5.4.3.1 Esté inscripto en un programa MFA comunitario (CMFA) para el cual fue remitido y precalificado a través de (1) el gobierno federal, estatal o local, (2) una organización comunitaria asociada, o (3) un evento comunitario de salud patrocinado por KFH/HP.

5.4.3.2 Esté inscripto en un programa de beneficio comunitario de KP que brinde atención médica a pacientes de bajos ingresos y haya sido precalificado por el personal pertinente de KFH/HP, o

5.4.3.3 Esté inscripto en un programa confiable de cobertura médica sujeto a comprobación de recursos (por ej. el Programa de Subsidio por Bajos Ingresos de Medicare), o

5.4.3.4 Haya recibido una asignación MFA en los últimos 30 días.

5.4.4 Cooperación del paciente. El paciente debe hacer lo posible para suministrar toda la información requerida. Si no suministra toda la información requerida, las circunstancias particulares podrán ser consideradas al momento de determinar su elegibilidad.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 6 de 18

5.5 Determinación de elegibilidad presunta. Un paciente que no haya solicitado asistencia puede ser identificado como elegible para participar en el programa MFA si su estado financiero se puede validar mediante fuentes externas de información. En tal caso, puede recibir una asignación MFA de forma automática junto con una carta de notificación con la opción de rechazar la asistencia financiera para gastos médicos. Un paciente puede ser identificado como elegible sin solicitar la asistencia siempre que:

5.5.1 No tenga seguro médico y (1) tenga una cita programada para servicios elegibles en un centro de KP, (2) no haya indicado que tiene cobertura de salud, y (3) se presume no elegible para Medicaid.

5.5.2 Haya recibido atención médica en un centro de KP y existan indicadores de problemas financieros (por ej. saldos vencidos o pendientes).

5.6 Criterios de elegibilidad del programa. Tal como se resume en el ANEXO adjunto, *Artículo V, Criterios de elegibilidad*, el paciente que solicita asistencia financiera para gastos médicos (MFA) puede calificar para tal beneficio según criterios de comprobación de recursos o de gastos médicos elevados.

5.6.1 Criterio de comprobación de recursos. El paciente es evaluado para determinar si cumple con los criterios de elegibilidad según su nivel de recursos.

5.6.1.1 Elegibilidad según el nivel de ingresos. Un paciente cuyo hogar tenga ingresos menores o iguales al criterio de comprobación de recursos de KFH/HP —expresado como un porcentaje de las pautas federales de pobreza (FPG) — es elegible para recibir asistencia financiera.

5.6.1.2 Ingresos del hogar. Los requisitos de ingresos son aplicables a los miembros de la familia. Una familia se entiende como un grupo de dos o más personas que están vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción, y viven en una misma casa. Los miembros de la familia pueden incluir a cónyuges, parejas domésticas que reúnan los requisitos, niños, familiares cuidadores y niños de familiares cuidadores que vivan en el hogar.

5.6.2 Criterio de gastos médicos elevados. El paciente es evaluado para determinar si cumple con los criterios de elegibilidad según su nivel de gastos médicos.

5.6.2.1 Elegibilidad debido a gastos médicos elevados. Un paciente con cualquier nivel de ingreso hogareño que haya pagado gastos médicos y de farmacia de su bolsillo por servicios elegibles durante un periodo mayor a 12 meses y cuyos gastos iguallen o superen el criterio de gastos médicos elevados de KFH/HP —expresado como un porcentaje del ingreso anual por hogar— es elegible para recibir asistencia financiera.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 7 de 18

5.6.2.1.1 Gastos de su bolsillo en centros de KFH/HP. Los gastos médicos y de farmacia incurridos en centros de KP incluyen copagos, depósitos, coseguros y deducibles que estén relacionados con servicios elegibles.

5.6.2.1.2 Gastos de su bolsillo en centros no pertenecientes a KFH/HP. Incluye gastos médicos, de farmacia y dentales en centros no pertenecientes a KP, que estén relacionados con servicios elegibles e hayan sido incurridos por el paciente (quedan excluidos descuentos y rebajas). El paciente debe suministrar documentación que compruebe los gastos médicos de los servicios recibidos en los centros no pertenecientes a KP.

5.6.2.1.3 Primas del plan de salud. Los gastos de su bolsillo no incluyen los cargos asociados a su seguro de salud (es decir, las primas).

5.7 Denegaciones y apelaciones

5.7.1 Denegaciones. El paciente que se inscriba en el programa MFA y no reúna los criterios de elegibilidad será notificado por escrito o verbalmente que su solicitud ha sido denegada.

5.7.2 Cómo apelar una denegación a la MFA. El paciente que considere que su solicitud o información no ha sido evaluada correctamente puede apelar la decisión. La carta de denegación de la MFA incluye las instrucciones que deberá seguir para completar el proceso de apelación. Las apelaciones son revisadas por el personal de KFH/HP designado para tal fin.

5.8 Estructura de la asignación. Las asignaciones MFA comienzan a partir de la fecha de aprobación o la fecha en que fueron prestados los servicios o la fecha en que fueron dispensados los medicamentos. Las asignaciones MFA se aplican sobre los saldos vencidos o pendientes.

5.8.1 Base de la asignación. Los gastos cubiertos por la asignación MFA se determinan según el paciente tenga o no tenga cobertura médica.

5.8.1.1 Pacientes elegibles para la MFA que no tienen cobertura médica (sin seguro). El paciente elegible que no tiene seguro recibe un descuento del 100% en todos los servicios elegibles.

5.8.1.2 Pacientes elegibles para la MFA que tienen cobertura médica (con seguro). El paciente elegible que tiene seguro recibe un descuento del 100% sobre aquella porción de los servicios elegibles recibidos (1) por los cuales debe pagar personalmente y (2) que su compañía aseguradora no cubre. El paciente debe suministrar documentación que especifique qué porción de la factura no está cubierta por el seguro, como por ej. una Explicación de Beneficios (EOB).

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 8 de 18

5.8.1.2.1 Pagos recibidos de la compañía aseguradora. El paciente elegible que tenga seguro deberá firmar y ceder a KFH/HP cualquier pago hecho por servicios prestados por KFH/HP que el paciente reciba de su compañía aseguradora.

5.8.1.3 Reembolsos mediante convenios. KFH/HP buscará obtener un reembolso por parte de convenios con terceros, pagadores u otras partes legalmente responsables, según corresponda.

5.8.2 Duración de la asignación. Tal como se resume en el ANEXO adjunto, Artículo VI, Duración de la asignación, el plazo de una asignación MFA para un paciente elegible se determinará de distintas formas, incluyendo:

5.8.2.1 Periodo de tiempo específico.

5.8.2.2 Tratamiento o Episodio de atención médica. Para un tratamiento y/o episodio de atención en particular, según lo determine el proveedor de KP.

5.8.2.3 Pacientes potencialmente elegibles para programas públicos y privados de cobertura médica. Se puede otorgar una asignación MFA provisional para asistir al paciente mientras se inscribe en un programa público o privado de cobertura médica.

5.8.2.4 Asignación única para gastos de farmacia. Antes de inscribirse al programa MFA, el paciente es elegible para recibir una asignación única de farmacia si (1) no recibe una asignación MFA, (2) surte una receta emitida por un proveedor de KP en una farmacia de KFH/HP, y (3) expresa su imposibilidad para pagar el medicamento. La asignación única incluye un suministro razonable de medicamento, según lo determine el proveedor de KP.

5.8.2.5 Solicitud de extensión de la asignación. El paciente podrá solicitar una extensión de la asignación MFA mientras siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad MFA. Las solicitudes de extensión son evaluadas caso por caso.

5.8.3 Asignación revocada, cancelada o modificada. KFH/HP puede revocar, cancelar o modificar la asignación MFA en ciertos casos, a su total discreción. Tales casos incluyen:

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

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 9 de 18

5.8.3.2 Elegibilidad para programas públicos y privados de cobertura médica. Un paciente evaluado para programas públicos y privados de cobertura médica que puede presumirse elegible pero no coopera con el proceso de inscripción para dichos programas.

5.8.3.3 Otras fuentes de pago identificadas. Si se detecta la presencia de cobertura médica u otras fuentes de pago luego de que el paciente ha recibido una asignación MFA, los cargos por los servicios elegibles serán refacturados de forma retroactiva. En tal caso, el paciente no será facturado por la porción de los servicios (1) que debe pagar personalmente y (2) que su cobertura de salud u otra fuente de pago no cubre.

5.9 Límite de cargos. Está prohibido cobrar a los pacientes elegibles de MFA los montos totales en dólares de los servicios hospitalarios elegibles prestados en un centro de Kaiser Foundation Hospital. El paciente que ha recibido servicios hospitalarios elegibles en un centro de Kaiser Foundation Hospital y califica para el programa MFA pero no ha recibido o ha rechazado una asignación MFA no deberá pagar más que los montos generalmente facturados (en inglés, AGB) por dichos servicios.

5.9.1 Montos generalmente facturados. Los montos generalmente facturados (AGB) por la atención de emergencia o médicamente necesaria que reciben los individuos asegurados en los centros de KP son descritos en el ANEXO adjunto, *Artículo VII, Bases para calcular los Montos Generalmente Facturados (AGB)*.

5.10 Acciones de cobro.

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

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

5.10.1.2 Proporcionar una nota escrita con el listado de acciones extraordinarias de cobro (en inglés, ECA) que KFH/HP o una agencia de cobranzas piensan iniciar para la liquidación del saldo, y la fecha límite para dichas acciones, que no podrá ser inferior a los 30 días desde la recepción de la nota escrita.

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

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

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 10 de 18

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

5.10.2.1 El paciente cuenta con una asignación MFA activa, o

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

5.10.3 Acciones extraordinarias de cobro permitidas.

5.10.3.1 Determinación definitiva de los esfuerzos razonables.

Antes de iniciar acciones ECA, el líder regional de los Servicios Financieros para Pacientes y Ciclo de Facturación debe asegurarse de lo siguiente:

5.10.3.1.1 Realizar todos los esfuerzos razonables para notificar al paciente sobre el programa MFA, y

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

5.10.3.2 Reportes a las agencias de informes de crédito de los consumidores y oficinas crediticias. KFH/HP o una agencia de cobranzas que actúe en su nombre pueden reportar información adversa a agencias de informes de crédito y oficinas crediticias.

5.10.3.3 Acciones judiciales o civiles. Antes de iniciar cualquier tipo de acción judicial o civil, KFH/HP valida el estado financiero del paciente mediante fuentes externas de información a fin de determinar si es elegible para el programa MFA.

5.10.3.3.1 Elegible para la MFA. No se tomarán medidas adicionales contra los pacientes que sean elegibles para el programa MFA. Las cuentas que califiquen para la MFA serán canceladas y devueltas retrospectivamente.

5.10.3.3.2 No elegible para la MFA. En algunos casos, se podrán tomar las siguientes medidas con la aprobación previa del Director o Controlador Financiero:

5.10.3.3.2.1 Embargo del salario

5.10.3.3.2.2 Demandas o acciones civiles. No se iniciarán acciones legales contra las personas que estén desempleadas y no tengan otro ingreso significativo.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 11 de 18

5.10.3.3.2.3 Derechos de retención sobre las residencias.

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

5.10.4.1 Postergar, denegar o requerir un pago para brindar atención de emergencia o médicamente necesaria a un titular de cuenta debido a la falta de pago de un saldo anterior.

5.10.4.2 Vender la deuda de un titular de cuenta a un tercero.

5.10.4.3 Iniciar juicio hipotecario sobre la propiedad o embargo de cuentas.

5.10.4.4 Solicitar órdenes de detención.

5.10.4.5 Solicitar órdenes de comparecencia.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 12 de 18

6.0 Referencias y Apéndices

- 6.1** Apéndice A: Glosario de Términos de la Póliza.
- 6.2** Leyes, regulaciones y recursos
 - 6.2.1** Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (*Patient Protection Affordable Care Act*), Ley pública 111-148 (124 Stat. 119 (2010))
 - 6.2.2** Registro Federal y las Pautas Federales Anuales de Pobreza
 - 6.2.3** Publicación del Servicio de Impuestos Internos, Instrucciones para el Anexo H 2014 (formulario 990) (*2014 Instructions for Schedule H (Form 990)*)
 - 6.2.4** Aviso 2010-39 del Servicio de Impuestos Internos
 - 6.2.5** Servicio de Impuestos Internos, código 26 CFR partes 1, 53 y 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Requisitos adicionales para hospitales de beneficencia
 - 6.2.6** California Hospital Association – Pólizas de Asistencia Financiera Hospitalaria y Leyes de Beneficio Comunitario, edición 2015 (*Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition*)
 - 6.2.7** Catholic Health Association of the United States – Una guía para planificar e informar beneficios comunitarios, edición 2012 (*A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition*)
- 6.3** Listados de proveedores
 - 6.3.1** Los listados de proveedores se encuentran disponibles en los sitios web de KFH/HP para:
 - 6.3.1.1** Kaiser Permanente de Hawaii
 - 6.3.1.2** Kaiser Permanente de Northwest
 - 6.3.1.3** Kaiser Permanente del norte de California
 - 6.3.1.4** Kaiser Permanente del sur de California

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 13 de 18

Apéndice A

Glosario de Términos de la Póliza

Atención benéfica incluye medicamentos, productos o servicios médicos o de salud brindados por un costo reducido o sin costo a pacientes que no pueden pagar y/o no están cubiertos por un seguro de salud.

MFA comunitaria (CMFA) hace referencia a programas de atención benéfica planificados que colaboran con organizaciones comunitarias y de protección social a fin de brindar servicios de atención benéfica a pacientes de bajos ingresos no asegurados o con un seguro insuficiente en los centros de KP.

Equipo médico duradero (en inglés, DME) incluye, entre otras cosas, bastones estándar, muletas, nebulizadores, materiales para el beneficio del paciente, unidades de tracción de uso hogareño para colgar en la puerta, sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y oxígeno para uso hogareño, tal como lo especifican los criterios de DME. No incluye dispositivos ortopédicos, próstéticos (por ej. férulas/órtesis dinámicas, laringes artificiales, suministros) y materiales y artículos blandos de venta libre (por ej. materiales urológicos y suministros para curar heridas).

Paciente elegible es un individuo que cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en la presente póliza, ya sea que (1) no tenga seguro médico; (2) reciba cobertura a través de un programa público (por ej. Medicare, Medicaid o cobertura médica subsidiada obtenida mediante el intercambio de información médica); (3) esté asegurado por un plan de salud no perteneciente a KFHP; o (4) esté asegurado por KFHP.

Fuentes externas de información son proveedores, agencias de informes crediticios, etc. que no pertenecen a KP y ofrecen información financiera que KP utiliza para validar o confirmar el estado financiero de un paciente durante la evaluación de elegibilidad para el programa MFA.

Las **pautas federales de pobreza (en inglés, FPG)** establecen los niveles de ingreso anual que indican una situación de pobreza tal como lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Estas pautas se actualizan anualmente en el Registro Federal.

Asesoramiento financiero consiste en ayudar a los pacientes a explorar las diferentes opciones de financiación y cobertura médica disponibles para pagar los servicios brindados en los centros de KP. Los pacientes que pueden buscar asesoramiento financiero incluyen, entre otros, a personas que pagan por cuenta propia, que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que han expresado su imposibilidad para pagar la totalidad de sus responsabilidades como paciente.

Persona sin hogar hace referencia a una persona que vive en uno de los siguientes lugares o situaciones:

- En lugares no aptos para ser habitados, por ej. automóviles, parques, aceras, edificios abandonados (en la calle); o
- En un refugio de emergencia; o
- En una vivienda transitoria o de apoyo para personas sin hogar que vienen originalmente de las calles o refugios de emergencia.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 14 de 18

- En cualquiera de los lugares antes mencionados pero está pasando un periodo corto de tiempo (hasta 30 días consecutivos) en un hospital u otra institución.
- Será desalojado en menos de una semana de una vivienda privada o se está escapando de una situación de violencia doméstica, no tiene una residencia identificada a donde ir y no cuenta con los recursos para obtener alojamiento.
- Será dado de alta en menos de una semana de una institución, por ej. un centro de salud mental o un centro para tratar el abuso de sustancias, en la que el paciente ha vivido por más de 30 días consecutivos, no tiene una residencia identificada a donde ir y no cuenta con los recursos económicos ni el apoyo social para obtener alojamiento.

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

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

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

La **asistencia financiera para gastos médicos (en inglés, MFA)** brinda asignaciones monetarias para pagar gastos médicos a pacientes elegibles que no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios médicamente necesarios y que ya han agotado las opciones públicas y privadas. Los individuos deben cumplir con los requisitos del programa para recibir asistencia para una parte o la totalidad de los costos de atención médica.

Suministros médicos hace referencia a los materiales médicos no reutilizables, como férulas, cabestrillos, vendajes y vendas, que son aplicados por un proveedor autorizado de atención médica durante un servicio médicamente necesario. Quedan excluidos los materiales adquiridos u obtenidos por el paciente mediante otros medios.

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

Protección social hace referencia al sistema de organizaciones sin fines de lucro y/o agencias gubernamentales que brindan servicios directos de atención médica a las personas sin seguro en un entorno comunitario, como por ej. un hospital público, una clínica comunitaria, una iglesia, un refugio para personas sin hogar, una unidad de atención médica móvil, una escuela, etc.

Seguro insuficiente significa que a pesar de tener cobertura médica, el individuo siente que pagar primas, copagos, coseguros y deducibles resulta una carga tan significativa que debe postergar o dejar de recibir servicios de atención médica necesarios debido a los costos que debe pagar de su bolsillo.

Sin seguro significa no tener seguro médico ni recibir asistencia financiera federal o estatal para pagar servicios de atención médica.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 15 de 18

Poblaciones vulnerables hacen referencia a los grupos demográficos que están más expuestos que la población general en cuanto a su salud y bienestar debido a su situación económica, enfermedad, origen étnico, edad u otros factores inhabilitantes.

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

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 16 de 18

ANEXO: Kaiser Permanente de Georgia

- I. Kaiser Foundation Hospitals.** Esta póliza no se aplica a ningún hospital ubicado en la región de Georgia.
- II. Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la Póliza MFA.**
- a. **Servicios adicionales elegibles.**
 - i. Medicamentos o suministros de venta libre con una receta escrita por un proveedor de KP y dispensados en una farmacia para pacientes externos de KFH/HP
 - b. **Servicios adicionales no elegibles.**
 - i. Anticonceptivos
 - ii. Audífonos
 - iii. Viagra
- III. Proveedores sujetos y no sujetos a la Póliza MFA.** No corresponde.
- IV. Información sobre el programa e inscripción a la MFA.** Toda la información sobre el programa MFA, incluidas copias de la póliza MFA, formularios de inscripción, instrucciones y resúmenes en lenguaje simple (folletos), está disponible para el público en general, de forma gratuita, tanto en formato electrónico como impreso. Los pacientes pueden inscribirse al programa MFA —durante o después de recibir atención médica de KFH/HP— personalmente, por teléfono o presentando una solicitud impresa. (Consulte los artículos 5.3 y 5.4 más arriba).
- a. **Cómo descargar información sobre el programa a través del sitio web de KFH/HP.** Puede acceder a información sobre el programa en formato electrónico a través del sitio web MFA de KFH/HP: www.kp.org/mfa/ga.
 - b. **Cómo solicitar información sobre el programa de forma electrónica.** Puede solicitar información sobre el programa por correo electrónico si así lo prefiere.
 - c. **Cómo obtener información o inscribirse en el programa personalmente.** Los centros de KP cuentan con asesores que le brindarán información sobre el programa y le ayudarán a determinar rápidamente si es elegible para el programa MFA. Los siguientes edificios de oficinas médicas tienen asesores disponibles para asistir a los pacientes:

Cascade Medical Center	Crescent Medical Center
Cumberland Medical Center	Glenlake Medical Center
Gwinnett Medical Center	Henry Towne Center Medical Center

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 17 de 18

Panoloa Medical Center
Sugar Hill-Buford Medical Center
West Cobb Medical Center
Sandy Springs Medical Center
Town Park Medical Center

- d. **Cómo obtener información o inscribirse en el programa telefónicamente.** Puede comunicarse telefónicamente con un asesor, quien le brindará información, determinará su elegibilidad para el programa y le ayudará a solicitar la asistencia MFA. Comuníquese con un asesor al:

Teléfono(s): 404-949-5112, o

Línea TTY: 1-800-255-0056

- e. **Cómo obtener información o inscribirse en el programa por correo.** Puede solicitar información sobre el programa y solicitar la asistencia MFA enviando un formulario MFA completo por correo. Las solicitudes de información y formularios de inscripción pueden enviarse a:

Kaiser Permanente

Attention: Patient Financial Services

Nine Piedmont Center

3495 Piedmont Road, Northeast

Atlanta, Georgia 30305-1736

- f. **Cómo presentar el formulario personalmente.** Los formularios completos pueden presentarse personalmente en cualquier edificio de oficinas médicas de KP.

- V. Criterios de elegibilidad.** Para determinar si un paciente es elegible para recibir la MFA se toman en consideración el ingreso del hogar y los gastos médicos del paciente. (Consulte los artículos 5.6.1. y 5.6.2 más arriba).

- Criterio de comprobación de recursos: Hasta el 400% de las Pautas federales de pobreza
- Criterio de gastos médicos elevados: 20% o más del ingreso anual del hogar

- VI. Duración de la asignación.** Las asignaciones MFA comienzan a partir de la fecha de aprobación o la fecha en que fueron prestados los servicios o la fecha en que fueron dispensados los medicamentos. La asignación MFA tiene vigencia por un periodo de tiempo limitado. (Consulte el artículo 5.8.2 más arriba).

- Duración máxima basada en un periodo de tiempo específico:
 - Asignación estándar para servicios elegibles: Hasta 365 días
 - Asignación de elegibilidad presunta para pacientes sin seguro: 30 días
- Duración máxima para tratamientos o episodios de atención médica: Hasta 365 días

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de vigencia: 1 de enero de 2016
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 18 de 18

- c. Duración máxima para pacientes potencialmente elegibles para programas públicos o privados de cobertura médica: Hasta 365 días
- d. Duración máxima para la asignación única de farmacia: 30 días

VII. Bases para calcular los Montos Generalmente Facturados (AGB). KFH/HP determina los montos generalmente facturados (AGB) para cualquier atención de emergencia o medicamento necesaria mediante un método inverso, es decir, multiplicando los cargos brutos de la atención médica por la tasa AGB. Para más información sobre la tasa AGB y el cálculo de los montos AGB, visite el sitio web MFA de KFH/HP en www.kp.org/mfa/ga.