



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 1 de 19

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 proporcionar asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos que reúnan los requisitos, tanto los que no estén asegurados como los que tengan seguro insuficiente, cuando la capacidad de pago por los servicios represente un obstáculo para acceder a la atención de emergencia y a la atención necesaria desde el punto de vista médico.

2.0 Objetivo

Esta póliza describe los requisitos que el paciente debe cumplir para recibir asistencia financiera para pagar los servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico por medio del programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA). Los requisitos se establecen conforme a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) de Estados Unidos y las regulaciones estatales pertinentes que aborden los servicios elegibles, cómo obtener acceso, los criterios de elegibilidad del programa, la estructura de las asignaciones de MFA, el cálculo de los montos de las asignaciones y las 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, *Sección I, Kaiser Foundation Hospitals*, incorporados en el presente a modo de referencia.

4.0 Definiciones

Consulte el Apéndice A: Glosario de términos.

5.0 Disposiciones

KFH/HP ofrece un programa de MFA sujeto a la comprobación de recursos con el fin de mitigar las limitaciones económicas que impiden el acceso a una atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico. El programa está disponible para pacientes elegibles independientemente de su edad, de si tienen una discapacidad, de su sexo, 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 entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 2 de 19

- 5.1 Servicios elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.** Excepto que se especifique lo contrario en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*
- 5.1.1 Servicios elegibles.** La MFA puede aplicarse a servicios de atención de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico, servicios y productos de farmacia, y suministros médicos brindados en los centros de atención de KP (por ejemplo, hospitales, centros médicos y edificios de oficinas médicas), en las farmacias para pacientes externos de Kaiser Foundation Hospitals/Health Plan (KFH/HP) o por medio de proveedores de Kaiser Permanente (KP). La MFA puede aplicarse a los siguientes productos y servicios:
- 5.1.1.1 Servicios necesarios desde el punto de vista médico.** Atención, tratamiento o servicios indicados o prestados por un proveedor de KP que son necesarios para la prevención, la evaluación, el diagnóstico o el 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 "Surtirlo como dice la receta" ("Dispense as Written", DAW) o cuando no hay un equivalente genérico disponible.
- 5.1.1.2.3 Suministros de farmacia o medicamentos de venta sin receta** Con una receta u orden escrita por un proveedor de KP y surtida en una farmacia para pacientes externos de KP.
- 5.1.1.2.4 Beneficiarios de Medicare.** Se aplica a los beneficiarios de Medicare para los medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D como exención de gastos de farmacia.
- 5.1.1.3 Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).** Ordenado por un proveedor de KP conforme a las pautas de DME y suministrado por KFH/HP a un paciente que reúne los requisitos de necesidad desde el punto de vista médico.
- 5.1.1.4 Clases de educación para la salud.** Los cargos asociados con las clases disponibles programadas y proporcionadas por



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 3 de 19

KP que recomienda un proveedor de KP como parte del plan de atención del paciente.

5.1.1.5 Servicios adicionales elegibles disponibles. Los servicios adicionales elegibles conforme a la póliza de MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*

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

5.1.2.1 Servicios que no se consideran de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico, tal como lo determine un proveedor de KP. Esto incluye, entre otros:

5.1.2.1.1 cirugía o servicios estéticos, como los servicios de dermatología que sirven principalmente para mejorar la apariencia del paciente;

5.1.2.1.2 tratamientos para la infertilidad;

5.1.2.1.3 suministros médicos al por menor;

5.1.2.1.4 terapias alternativas, incluidos los servicios de acupuntura, de quiropraxia o de masajes;

5.1.2.1.5 inyecciones y dispositivos para tratar la disfunción sexual;

5.1.2.1.6 servicios de embarazo por encargo de terceros; y

5.1.2.1.7 servicios relacionados con casos de responsabilidad de terceros o el Worker's Compensation (seguro de los trabajadores).

5.1.2.2 Recetas y suministros de farmacia. Las recetas y los suministros que no se consideran de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico incluyen, entre otros, (1) medicamentos que no han sido aprobados por la farmacia y el Comité de Terapéutica; (2) suministros y medicamentos de venta sin receta no recetados o pedidos por un proveedor de KP; y (3) medicamentos excluidos de forma específica (por ejemplo, que estén relacionados con la fertilidad, estética o 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 (Low Income Subsidy, LIS). El costo compartido restante de los 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Servicios prestados fuera de los centros de atención de KP. La póliza de MFA se aplica únicamente a los servicios



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 4 de 19

prestados en los centros de atención de KP por parte de proveedores de KP. Aunque un proveedor de KP lo remita a ellos, ninguno de los demás servicios es elegible para la MFA. Los servicios prestados en oficinas médicas, centros de atención 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 de MFA no brinda asistencia para pagar los gastos relacionados con la cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o las primas).

5.1.2.6 Servicios adicionales no elegibles. Los servicios adicionales no elegibles conforme a la póliza de MFA figuran en el ANEXO adjunto, *Sección II, Servicios adicionales elegibles y no elegibles conforme a la póliza de MFA.*

5.2 Proveedores. La MFA se aplica únicamente a servicios elegibles brindados por proveedores de atención médica que estén cubiertos por la póliza de MFA, tal como figura en el ANEXO adjunto, *Sección III, Proveedores sujetos y no sujetos a la póliza de MFA.*

5.3 Fuentes de información del programa e inscripción a la MFA. Para obtener información adicional sobre el programa de MFA y cómo inscribirse, consulte el ANEXO adjunto, *Sección IV, Información sobre el programa e inscripción a la MFA.*

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

5.3.2 Inscripción a la MFA. El paciente puede presentar una solicitud para el programa de MFA durante o después de que reciba atención en KFHP de varias formas, que incluyen en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito.

5.3.2.1 Pacientes elegibles para programas públicos y privados. KFHP ofrece asesoría financiera a los pacientes que quieran inscribirse en el programa de MFA con el fin de identificar posibles programas de cobertura de salud públicos y privados que faciliten el acceso a la atención médica. Un paciente que se considere elegible para cualquier programa de cobertura de salud público o privado debe presentar una solicitud para esos programas.



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 5 de 19

5.4 Información necesaria para inscribirse en el programa de MFA. Para verificar la situación económica del paciente y determinar si es elegible para el programa de MFA u otros programas de cobertura de salud 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 se puede proporcionar por escrito, en persona o por teléfono.

5.4.1 Verificación de la situación económica. La situación económica de un paciente se verifica cada vez que solicita asistencia. Si la situación económica del paciente se puede verificar usando fuentes externas de datos, es posible que el paciente no tenga que proporcionar documentos financieros.

5.4.2 Suministro de información financiera y de otro tipo. Si la situación económica del paciente no puede verificarse mediante fuentes externas de información, es posible que se le pida al paciente que envíe la información descrita en la solicitud del programa de MFA para corroborar su situación económica.

5.4.2.1 Información completa. La elegibilidad para el programa de 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. Si la información necesaria que se recibió está incompleta, se le avisa al paciente en persona, por correo o por teléfono. El paciente puede presentar la información faltante en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibió el aviso por correo o del día en el que se tuvo la conversación en persona o por teléfono.

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

5.4.2.4 Información financiera no disponible. El paciente debe proporcionar información financiera básica (por ejemplo, ingresos, en caso de que los haya, y fuente) y demostrar su validez cuando (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes externas de datos; (2) la información financiera solicitada no esté disponible; y (3) no exista ninguna otra prueba que pueda demostrar la elegibilidad. Se requiere la información financiera básica y la declaración del paciente cuando:

5.4.2.4.1 no tenga hogar; o



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 6 de 19

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 de atención médica, financiera ni del seguro médico.

5.4.3 Pacientes que precalifican. Se da por sentado que un paciente cumple los criterios del programa de elegibilidad y que no necesita presentar información personal, financiera o de otro tipo para verificar su situación económica cuando:

5.4.3.1 esté inscrito en un programa de MFA comunitaria (Community MFA, CMFA) para el cual fue remitido y precalificado por medio 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 inscrito en un programa de beneficio comunitario de KP que brinde acceso a la atención médica a pacientes de bajos ingresos y haya sido precalificado por el personal pertinente de KFH/HP;

5.4.3.3 esté inscrito en un programa confiable de cobertura de salud sujeto a la comprobación de recursos (por ejemplo, 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. Es necesario que el paciente haga esfuerzos razonables por proporcionar toda la información requerida. Si no suministra toda la información requerida, las circunstancias particulares se considerarán y podrían tomarse en cuenta en el momento de determinar su elegibilidad.

5.5 Determinación de elegibilidad presunta. Un paciente que no haya solicitado asistencia podría ser identificado como elegible para participar en el programa de MFA si su situación económica se puede validar mediante fuentes externas de información. En tal caso, podría recibir una asignación de MFA de forma automática junto con una carta de notificación con la opción de rechazar la asistencia financiera para gastos médicos. Se puede identificar a un paciente que no haya presentado una solicitud cuando:

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 7 de 19

- 5.5.1** No esté asegurado y (1) tenga una cita programada para servicios elegibles en un centro de atención de KP; (2) no haya indicado que tiene cobertura de salud; y (3) se presuma no elegible para Medicaid.
- 5.5.2** Haya recibido atención médica en un centro de atención de KP y existan indicadores de problemas económicos (por ej. saldos pendientes identificados antes de una remisión de deuda incobrable).
- 5.6 Criterios de elegibilidad para el programa.** Tal como se resume en el ANEXO adjunto, *Sección V, Criterios de elegibilidad*, el paciente que solicita MFA podría calificar para tal beneficio según los criterios de comprobación de recursos o de gastos médicos elevados.
- 5.6.1 Criterio de comprobación de recursos.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad conforme a estudios socioeconómicos.
- 5.6.1.1 Elegibilidad según el nivel de ingresos.** Un paciente cuyo hogar tenga ingresos menores que o iguales al criterio de comprobación de recursos de KFH/HP, que se expresa como un porcentaje de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), es elegible para recibir asistencia financiera.
- 5.6.1.2 Ingresos familiares.** Los requisitos respecto a los ingresos se aplican a los miembros de la familia que viven en el hogar. Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Los miembros de la familia pueden incluir cónyuges, parejas domésticas calificadas, hijos, parientes cuidadores y los hijos de familiares cuidadores que viven en el mismo hogar.
- 5.6.2 Criterios de gastos médicos mayores.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad de gastos médicos mayores.
- 5.6.2.1 Elegibilidad con base en gastos médicos mayores.** Un paciente con cualquier nivel de ingreso familiar que haya pagado gastos médicos y de farmacia de su bolsillo por servicios elegibles durante un periodo mayor de 12 meses y cuyos gastos igualen o superen el criterio de gastos médicos elevados de KFH/HP, que se expresa como un porcentaje del ingreso anual por hogar, es elegible para recibir asistencia financiera.
- 5.6.2.1.1 Gastos de su bolsillo en centros de atención de KFH/HP.** Los gastos médicos y de farmacia en los que se incurra en centros de atención de KP incluyen copagos, depósitos, coseguros y deducibles que estén relacionados con servicios elegibles.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 8 de 19

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 de atención no pertenecientes a KP, que estén relacionados con servicios elegibles y en los que haya incurrido el paciente (quedan excluidos los descuentos y las rebajas). El paciente debe suministrar documentación que compruebe los gastos médicos de los servicios recibidos en los centros de atención 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 cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o primas).

5.7 Denegaciones y apelaciones

5.7.1 Denegaciones. Al paciente que se inscriba en el programa de MFA y no reúna los criterios de elegibilidad se le notificará por escrito o verbalmente que su solicitud fue denegada.

5.7.2 Cómo apelar una denegación de la MFA. El paciente que considere que su solicitud o su información no se tomó en cuenta de manera adecuada 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 las asignaciones. Las asignaciones de MFA se aplican solamente a los saldos vencidos o pendientes. El periodo de elegibilidad para una asignación de MFA es solo por tiempo limitado y puede variar.

5.8.1 Base de la asignación. Los gastos cubiertos por el programa de MFA se determinan con base en si el paciente tiene o no tiene cobertura de atención médica.

5.8.1.1 Pacientes elegibles para la MFA que no tienen cobertura de atención médica (no asegurados). Los pacientes no asegurados que sean elegibles reciben un descuento del 100% en todos los servicios elegibles.

5.8.1.2 Pacientes elegibles para la MFA que tienen cobertura de atención médica (asegurados). El paciente asegurado elegible recibe el 100% de descuento en la parte de la factura correspondiente a todos los servicios elegibles (1) de los que el paciente sea personalmente responsable y (2) que su compañía de seguros no pague. Se le pide al paciente que proporcione documentación, por ejemplo, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB), para determinar la parte de la factura que no está cubierta por el seguro.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 9 de 19

5.8.1.2.1 Pagos recibidos de la compañía aseguradora. El paciente elegible asegurado 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 medio de convenios con terceros, pagadores u otras partes legalmente responsables, según corresponda.

5.8.2 Periodo de elegibilidad de las asignaciones. El periodo de elegibilidad de las asignaciones de MFA comienza a partir de la fecha de aprobación, de la fecha en la que se proporcionaron los servicios o de la fecha en la que se surtieron los medicamentos. Tal como se resume en el ANEXO adjunto, *Sección VI, Periodo de elegibilidad de la asignación*, el periodo de elegibilidad de la MFA para un paciente elegible se determinará de distintas formas, por ejemplo:

5.8.2.1 Periodo específico.

5.8.2.2 Tratamiento o episodio de atención. Para un tratamiento 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 de salud. Se puede otorgar una asignación de MFA provisional para asistir al paciente mientras se inscribe en un programa público o privado de cobertura de salud.

5.8.2.4 Asignación única para gastos de farmacia. Antes de inscribirse al programa de MFA, el paciente es elegible para recibir una asignación única de farmacia si (1) no recibe una asignación de 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 de MFA mientras siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad de MFA. Las solicitudes de extensión se evalúan de forma individual.

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

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



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 10 de 19

5.8.3.2 Elegibilidad para programas públicos y privados de cobertura de salud. Se evalúa al paciente para determinar si reúne los requisitos para participar en un programa de cobertura de salud público o privado y se da por sentado que es elegible, pero el paciente no coopera con el proceso de solicitud de estos programas.

5.8.3.3 Otras fuentes de pago identificadas. La cobertura de salud u otras fuentes de pago identificadas después de que el paciente recibe una asignación de MFA genera cargos de facturación doble retroactiva por los servicios elegibles. Si esto ocurre, al paciente no se le cobra la parte de la factura (1) de la que sea personalmente responsable y (2) que su cobertura de salud u otra fuente de pago no cubra.

5.8.3.4 Cambio en la cobertura de salud. Al paciente que experimente un cambio en su cobertura de atención médica se le pedirá que vuelva a presentar una solicitud para el programa de MFA.

5.9 Límite de los cargos. Está prohibido cobrar a los pacientes elegibles para la MFA los montos totales en dólares (es decir, el costo bruto) de los cargos hospitalarios elegibles prestados en un centro de Kaiser Foundation Hospitals. El paciente que haya recibido servicios hospitalarios elegibles en un centro de Kaiser Foundation Hospitals y sea elegible para el programa de MFA, pero no haya recibido o haya rechazado una asignación de MFA, no deberá pagar más que los montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB) por dichos servicios.

5.9.1 Montos generalmente facturados. Los montos generalmente facturados (AGB) por la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico que reciben las personas aseguradas en los centros de atención de KP se describen en el ANEXO adjunto, *Sección 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 de 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.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 11 de 19

5.10.1.2 Proporcionar una nota escrita con el listado de acciones extraordinarias de cobro (extraordinary collection actions, ECA) que KFH/HP o una agencia de cobranzas piensan iniciar para la liquidación del saldo, y el plazo 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 de MFA y cómo obtener asistencia durante el proceso de inscripción a la MFA.

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 inició el proceso de solicitud de MFA luego de que las acciones ECA comenzaron. 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 las acciones ECA, el líder regional de 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 de 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 Presentación de informes a las agencias de crédito al consumidor y oficinas crediticias. KFH/HP o una agencia de cobranzas que actúe en su nombre pueden proporcionar información desfavorable 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 la situación económica del paciente mediante fuentes externas de información a fin de determinar si es elegible para el programa de MFA.

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

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 12 de 19

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.

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 exigir un pago para brindar atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico 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 una orden de arresto

5.10.4.5 solicitar órdenes de comparecencia inmediata

6.0 Referencias y apéndices

6.1 Apéndice A: Glosario de Términos

6.2 Leyes, regulaciones y recursos

6.2.1 Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Ley Pública 111-148 (124 Estatuto 119 [2010]) (Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148 [124 Stat. 119 (2010)])

6.2.2 Registro Federal y Pautas Federales Anuales de Pobreza (Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines)

6.2.3 Publicación del Servicio de Impuestos Internos, Instrucciones de 2014 para el Anexo H (Formulario 990) (Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H [Form 990])

6.2.4 Aviso del Servicio de Impuestos Internos 2010-39 (Internal Revenue Service Notice 2010-39)

6.2.5 Código del Servicio de Impuestos Internos, Artículo 26, Secciones 1, 53 y 602 del Código de Reglamentos Federales, RIN 1545-BK57; RIN 1545-

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 13 de 19

BL30; RIN 1545-BL58: Requisitos Adicionales para Hospitales de Beneficencia (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** 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 of Hawaii
 - 6.3.1.2** Kaiser Permanente of Northwest
 - 6.3.1.3** Kaiser Permanente of Northern California
 - 6.3.1.4** Kaiser Permanente of Southern California
 - 6.3.1.5** Kaiser Permanente of Washington

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 14 de 19

Apéndice A

Glosario de términos

MFA comunitaria (CMFA): Hace referencia a programas de asistencia financiera médica planificados que colaboran con organizaciones comunitarias y de protección social a fin de brindar acceso a atención necesaria desde el punto de vista médico a pacientes de bajos ingresos no asegurados o con seguro insuficiente en los centros de atención de KP.

Equipo médico duradero (DME): Incluye, entre otros, bastones estándar, muletas, nebulizadores, suministros que se proporcionan como parte de los beneficios, unidades de tracción para puerta de uso en el hogar, sillas de ruedas, andaderas, camas de hospital y oxígeno para uso en el hogar, según se especifique en los criterios del DME. El DME no incluye suministros ortopédicos, protésicos (por ejemplo, férulas o aparatos ortopédicos dinámicos, y laringe artificial y suministros), suministros de venta sin receta y artículos blandos (por ejemplo, suministros urológicos y para heridas).

Paciente elegible: Es una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en la presente póliza, ya sea que (1) no esté asegurado; (2) reciba cobertura por medio de un programa público (por ejemplo, Medicare, Medicaid o cobertura de atención médica subsidiada adquirida 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 sobre la situación económica que KP utiliza para validar o confirmar la situación económica del paciente durante la evaluación de elegibilidad para el programa de MFA.

Pautas federales de pobreza (FPG): Establecen los niveles de ingresos anuales para determinar la pobreza según lo estipulado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se actualizan cada año en el Registro Federal.

Asesoramiento financiero: Consiste en ayudar a los pacientes a explorar las diferentes opciones de financiamiento y cobertura de salud disponibles para pagar los servicios brindados en los centros de atención de KP. Los pacientes que pueden buscar asesoramiento financiero incluyen, entre otros, los que pagan sus propios gastos, los que no están asegurados, los que tienen seguro insuficiente y los que manifestaron la incapacidad de pagar la totalidad de sus obligaciones.



Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 15 de 19

Apéndice A

Glosario de términos (continuación)

Falta de hogar: Describe el estado de una persona que vive en alguno de los lugares que se describen a continuación, o bien, que se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- En lugares que no están destinados a ser habitados por seres humanos, como automóviles, parques, banquetas, edificios abandonados (en la calle).
- En un refugio de emergencia.
- En una vivienda transitoria o de apoyo a las personas sin hogar que provengan originalmente de las calles o de refugios de emergencia.
- En cualquiera de los lugares mencionados anteriormente, pero que esté en un hospital o alguna otra institución durante un periodo corto (hasta 30 días consecutivos).
- Lo desalojarán de una unidad de vivienda privada en un plazo de una semana o está escapando de una situación de violencia doméstica sin tener una residencia subsiguiente identificada y carece de los recursos y las redes de apoyo necesarias para obtener una vivienda.
- En el lapso de una semana lo darán de alta de una institución, como un centro de salud mental o de tratamiento para el abuso de sustancias, en la que la persona haya residido durante más de 30 días consecutivos y no se haya identificado una residencia subsiguiente y la persona carezca de los recursos económicos y las redes sociales de apoyo necesarias para obtener una vivienda.

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 atención de KP: Incluyen cualquier establecimiento físico, como el sector interior y exterior de un edificio, que esté arrendado o sea propiedad de KP para llevar a cabo las operaciones comerciales de KP, incluida la prestación de servicios de atención médica (por ejemplo, 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 de MFA con base en si el ingreso de la persona es mayor al porcentaje especificado por las pautas federales de pobreza.

Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA): Brinda asignaciones monetarias para pagar gastos médicos a pacientes elegibles que no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios, productos o medicamentos necesarios desde el punto de vista médico y que ya han agotado las opciones públicas y privadas. Es necesario que las personas cumplan los criterios del programa para recibir la asistencia para cubrir algunos o todos los costos de la atención médica.

Suministros médicos: Se refiere al material médico no reutilizable, como férulas, cabestrillos, vendaje para heridas y vendajes que coloca un proveedor de atención médica autorizado cuando proporciona servicios necesarios desde el punto de vista médico, y no incluye los materiales que el paciente compra u obtiene de otras fuentes.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 16 de 19

Apéndice A

Glosario de términos (continuación)

Exención de gastos 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.

Red de seguridad: Se refiere a un sistema de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proporcionan servicios de atención médica directa a personas que no están aseguradas en un establecimiento comunitario como un hospital público, una clínica comunitaria, una iglesia, un refugio para personas sin hogar, una unidad de salud móvil, una escuela, etc.

Con seguro insuficiente: Es una persona que, a pesar de tener cobertura de atención médica, debe pagar primas de seguro, copagos, coseguros y deducibles que presentan una carga financiera tan importante que la persona retrasa o no recibe los servicios de atención médica necesarios debido a los gastos de su bolsillo.

No asegurado: Es una persona que no tiene seguro de atención médica ni asistencia financiera estatal o federal que le ayude a pagar los servicios de atención médica.

Poblaciones vulnerables: Incluyen grupos demográficos cuya salud y bienestar se consideran en mayor riesgo en comparación con la población general, debido al estado socioeconómico, enfermedades, etnia, edad o cualquier factor que los haga vulnerables.

Orden de comparecencia: Se refiere al proceso iniciado por un tribunal que exige a las autoridades que lleven a una persona que ha sido declarada en desacato civil a comparecer ante el tribunal, 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 entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 17 de 19

ANEXO: Kaiser Permanente 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 de MFA.**
 - a. Servicios adicionales no elegibles.**
 - i. audífonos
 - ii. suministros ópticos

- III. Proveedores sujetos y no sujetos a la póliza de MFA.** No corresponde.

- IV. Información del programa y cómo solicitar MFA.** La información del programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA), como copias de la política de MFA, formularios de solicitud, instrucciones y resúmenes en lenguaje sencillo (por ejemplo, folletos del programa) está disponible para el público en general, sin costo, en formato electrónico o copia impresa. El paciente puede presentar una solicitud para el programa de MFA durante o después de que reciba atención en Kaiser Foundation Hospitals/Health Plan (KFH/HP) de varias formas, que incluyen en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito. (Consulte las secciones 5.3 y 5.4. anteriores).
 - a. Descargue la información del programa del sitio web de KFH/HP.** Las copias electrónicas de la información del programa están disponibles en el sitio web de MFA de KFH/HP en www.kp.org/mfa/ga (en inglés).
 - b. Solicite la información del programa de manera electrónica.** Puede solicitar copias electrónicas de la información del programa por correo electrónico.
 - c. Obtenga información del programa o haga la solicitud en persona.** Los centros de atención de Kaiser Permanente (KP) cuentan con asesores que le brindarán información sobre el programa y le ayudarán a determinar rápidamente si es elegible para el programa de 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	Panola Medical Center
Sandy Springs Medical Center	Southwood Medical Center
Sugar Hill-Buford Medical Center	Town Park 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 entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 18 de 19

- d. **Solicite información del programa o presente la solicitud por teléfono.** Puede comunicarse por teléfono con un asesor, quien le brindará información, determinará su elegibilidad para el programa y le ayudará a solicitar la MFA. Comuníquese con un asesor al:

Números de teléfono: 404-949-5112, o
Línea TTY: 1-800-255-0056

- e. **Solicite información del programa o presente la solicitud por correo postal.** El paciente puede pedir información del programa y solicitar MFA presentando una solicitud llenada para el programa de MFA por correo. Las solicitudes de información y para el programa se pueden enviar a:

Kaiser Permanente
Attention: Patient Financial Services
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road, Northeast
Atlanta, Georgia 30305-1736

- f. **Entregue personalmente la solicitud llenada.** Los formularios llenados pueden entregarse personalmente en cualquier edificio de oficinas médicas de KP.

V. Criterios de elegibilidad. Los ingresos familiares y los gastos médicos del paciente se toman en cuenta para determinar la elegibilidad para obtener MFA. (Consulte las secciones 5.6.1 y 5.6.2. anteriores).

- a. criterios de la evaluación financiera: hasta el 300% de las pautas federales de pobreza
- b. criterios de gastos médicos elevados: 10% o más del ingreso anual familiar

VI. Periodo de elegibilidad de las asignaciones. Las asignaciones de MFA comienzan a partir de la fecha de aprobación, de la fecha en la que se proporcionaron los servicios o de la fecha en la que se surtieron los medicamentos. El periodo de elegibilidad para una asignación de MFA es solo por tiempo limitado. (Consulte la sección 5.8.2. anterior).

- a. El periodo máximo de elegibilidad se basa en un periodo específico:
 - i. asignación estándar para servicios elegibles: hasta 180 días, incluidos todos los saldos pendientes vigentes y los cargos pendientes
 - ii. asignación de elegibilidad probable para pacientes no asegurados: 30 días
 - iii. para los saldos pendientes vigentes identificados antes de la remisión de deuda incobrable
- b. Periodo de elegibilidad máximo para tratamientos o episodios de atención médica: hasta 180 días.

Título de la póliza: Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Número de póliza: NATL.CB.307
Departamento a cargo: National Community Benefit	Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2018
Custodio: Director, Asistencia Financiera para Gastos Médicos	Página: 19 de 19

- c. Periodo de elegibilidad máximo para pacientes que son potencialmente elegibles para programas públicos o privados de cobertura de salud: 180 días.
- d. Periodo de elegibilidad máximo para la asignación única de farmacia: 30 días.

VII. Base para calcular los montos generalmente facturados (AGB). Los montos generalmente facturados se aplican solo a los servicios hospitalarios elegibles prestados en un hospital de Kaiser Foundation Hospitals y no se aplican a los servicios prestados por la región de Georgia.