

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 1/16

1.0 정책 강령

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP)와 Kaiser Foundation Hospitals (KFH)는 취약계층의 의료서비스 접근성을 높이는 프로그램을 제공하기 위해 최선을 다한다. 그러한 노력의 일환으로서, 의료비를 부담할 재정적 능력의 부족으로 응급진료 및 의학적으로 필요한 진료를 받는 데 어려움이 있는, 무보험 또는 불충분한 보험을 든 자격을 갖춘 저소득층 환자들에게 재정 지원을 제공한다.

2.0 목적

본 정책은 의료비 재정지원(Medical Financial Assistance, MFA) 프로그램을 통해 응급진료와 의학적으로 필요한 서비스에 대한 재정 지원 수혜에 필요한 자격 요건을 기술한다. 그러한 자격 요건은, 해당 서비스, 서비스 이용방법, 프로그램 자격기준, MFA 수혜 구조, 지원액 계산 기준, 의료청구서 미지불 시의 허용 가능한 조치 등에 대해 정하고 있는 미국 국세법 제 501(r)조와 해당 주의 규정을 준수한다.

3.0 범위

본 정책은 다음의 기관들과 그 자회사(일괄하여 이하 "KFHP/H"라 함)에 고용된 직원들에게 적용된다.

3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.2 Kaiser Foundation Hospital

3.3 KFHP/H 자회사

3.4 본 정책은 첨부된 부록, 제 I 절, *Kaiser Foundation Hospitals*에 기재되어 있고, 참고로 이 문서에도 반영되어 있는 Kaiser Foundation Hospital에 적용된다.

4.0 정의

별첨 A 참조 - 용어집.

5.0 규정

KFHP/H는 자산조사 의료비 재정 지원(MFA) 프로그램 운영을 통해 자격을 갖춘 환자들이 환자의 연령, 장애, 성별, 인종, 종교 또는 이민 상태, 성적 취향, 출신 국가, 환자의 건강보험 가입 여부와 상관없이 응급진료 및 의학적으로 필요한 치료를 받을 수 있도록 재정적인 부담을 덜어주고자 한다.

5.1 MFA 정책 하의 적격 및 부적격 서비스. 첨부된 부록, 제 II 절, *MFA 정책 하의 적격 및 부적격 추가서비스*에 달리 명시되어 있지 않은 한 해당 항목은 다음과 같다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 2/16

5.1.1 적격 서비스. MFA 적용 대상은 Kaiser Permanente(KP) 시설(예: 병원, 병원 연계 클리닉, 의료 센터, 진료실 건물)이나 KFHP/H 외래 약국에서 제공되거나, KP 의료진이 제공하는 응급진료와 의학적으로 필요한 의료 서비스, 약국 서비스 및 제품, 그리고 의료용품이다. MFA는 아래에 기재되어 있는 서비스와 제품에 적용될 수 있다.

5.1.1.1 의학적으로 필요한 서비스. 주로 환자나 의료 제공자의 편의를 위한 것이 아닌 질환의 예방, 평가, 진단 또는 치료에 필요한, KP 의료진이 제공하거나 요청한 진료, 치료, 또는 서비스.

5.1.1.2 처방약 및 약국 용품. KP 의료진, 비 KP 응급실 의료진, 비 KP 긴급진료 의료진, KP 계약 의료진이 작성하고 KFHP/H 외래 약국에 제시된 처방전.

5.1.1.2.1 제네릭 의약품 (복제약). 가능한 한 제네릭 의약품 사용을 우선으로 함.

5.1.1.2.2 브랜드 의약품. KP 의료진이 브랜드 약을 처방하고, "처방전대로 조제할 것(Dispense as Written, DAW)"이라고 쓴 경우나 이용할 수 있는 동등한 제네릭 약이 없는 경우 브랜드 약을 사용함.

5.1.1.2.3 일반 의약품 또는 약국 용품. KP 의료진이 작성한 처방전 또는 주문서로써 KP 외래 약국에서 조제.

5.1.1.2.4 Medicare 수혜자. 약국 면제의 형태로 Medicare Part D가 보상하는 처방 약품에 대해 Medicare 수혜자에게 적용.

5.1.1.3 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME). DME 지침에 따라 KP 의료진이 주문하고, 의학적으로 꼭 필요한 요구 조건을 충족하는 환자에게 KFHP/H가 공급.

5.1.1.4 건강교육 교실. 환자의 치료 계획의 일부로서 KP 의료진이 권장하고, KP가 일정을 짜서 제공하는 클래스에 관련되는 수수료.

5.1.1.5 예외 기반으로 제공되는 서비스. 예외를 이루는 특정한 상황에서, MFA는 (1) 비 KP 시설에서 제공된 서비스 및 (2) KP 제공자에 의해 처방 또는 주문되고 아래 나열된 계약자/계약업체에 의해 공급되는 DME에 적용될 수 있다. 예외에 해당하려면, 환자는 5.6.2 항에 나열된 높은 의료비 기준을 충족해야 한다.

5.1.1.5.1 전문 요양 서비스 및 중급 간호 서비스. 환자의 조속한 퇴원을 위하여 처방된 의료적 필요가 있는 환자에게 KP 위탁시설이 제공.

5.1.1.5.2 내구성 의료 장비(DME). DME 지침에 따라 KFHP/H DME 부서를 통해 KP 의료진이 주문하여 계약업체가 공급하는 장비.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 3/16

5.1.1.6 이용 가능한 적격한 추가 서비스. MFA 정책에 따라 적격한 추가 서비스는 첨부된 부록, 제 II 절, MFA 정책 하의 적격 및 부적격 추가 서비스에서 확인할 수 있다.

5.1.2 부적격 서비스. MFA 적용 대상이 아닌 항목은 다음과 같다.

5.1.2.1 **KP 의료진이 응급한 것으로 보지 않거나 의학적으로 필요하지 않다고 결정한 서비스.** 다음을 포함하나 그에 국한되지 않음:

5.1.2.1.1 미용 성형술이나 미용 서비스로서 환자의 외모 개선을 주 목적으로 하는 피부과 서비스.

5.1.2.1.2 불임 치료.

5.1.2.1.3 소매 의료용품.

5.1.2.1.4 침술, 척추지압요법, 마사지 서비스 등을 포함한 대안적 치료요법.

5.1.2.1.5 성 기능 장애 치료를 위한 주사 및 도구.

5.1.2.1.6 대리모 서비스.

5.1.2.1.7 제 3자보상 책임, 개인 보험을 통한 보장 또는 산재보험 사건 관련 서비스.

5.1.2.1.8 비 KP 건강 보험이 있는 환자를 위한 서비스. 환자가 우선적인 비 KP 특정 제공자 및 약국 네트워크를 활용할 것을 요구하는 환자의 비 KP 건강 보험에서 보장되는 비응급 또는 비긴급 서비스와 외래 약국 용품.

5.1.2.2 처방약 및 약국 용품. 응급하지 않은 것으로 간주되거나 의학적으로 필요한 것으로 간주되지 않은 처방약과 용품의 경우는 (1) 약사위원회(Pharmacy and Therapeutic Committee)의 승인을 받지 않은 약품, (2) KP 의료진이 처방 또는 주문하지 않은 일반 의약품이나 용품, (3) 특별히 제외된 약품 (예, 불임, 미용, 성 기능 장애) 등이 해당하며 이에 한정되는 것은 아니다.

5.1.2.3 저소득층 보조금(Low Income Subsidy, LIS) 프로그램 자격을 갖추거나 이미 등록된 Medicare 파트 D 가입자가 이용 가능한 처방약. Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 지침에 따라, LIS 프로그램에 가입했거나 가입 자격을 갖춘 Medicare Advantage 파트 D 가입자를 위한 처방약의 잔여 비용 부담금.

5.1.2.4 KP 시설 외부에서 제공되는 서비스. MFA 정책은 KP 의료진이 KP 시설에서 제공하는 서비스에만 적용된다. KP 의료진이 추천한 서비스라 하더라도, 다른 모든 서비스는 MFA 적용 대상에서 제외된다. 위의 5.1.1.5 항에 따라 예외로 인정되는 경우 외의, 비 KP 진료실, 긴급 진료시설, 응급실에서 제공된

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 4/16

의료 서비스뿐만 아니라, 비 KP 가정 간호, 호스피스, 회복 간호 및 보호 간호 서비스 등도 지원 대상에서 제외된다.

5.1.2.5 내구성 의료 장비 (DME). KP 제공자의 주문 여부에 관계없이 계약업체가 공급한 DME는 위의 5.1.1.5 항에 따라 예외로 식별되지 않는 한 제외된다.

5.1.2.6 건강보험 보험료. MFA 프로그램은 건강보험 보험처리와 관련되는 비용에 대해서는 환자를 지원하지 아니한다(예: 회비 또는 보험료).

5.1.2.7 부적격 추가 서비스. MFA 정책에 따라 적격하지 않은 추가 서비스는 첨부된 부록, 제 II 절, MFA 정책 하의 적격 및 부적격 추가 서비스에서 확인할 수 있다.

5.2 제공자. 첨부된 부록, 제 III 절, MFA 정책이 적용되는 의료진과 적용되지 않는 의료진에 명시된 바와 같이, MFA 정책이 적용되는 의료진이 제공한 적격 서비스에만 MFA가 적용된다.

5.3 프로그램 정보 안내와 MFA 신청방법. MFA 프로그램과 신청방법에 관한 추가 정보는 첨부된 부록, 제 IV 절, 프로그램 정보 및 MFA 신청에 요약되어 있다.

5.3.1 프로그램 정보 출처. MFA 정책 사본, 신청 양식, 지시사항, 쉬운 언어 요약서(즉, 정책의 요약 또는 프로그램 안내서)는 KFHP/H 웹사이트, 이메일, 직접 방문, 또는 미국 우편을 통해 일반 대중이 무료로 이용할 수 있다.

5.3.2 MFA 신청. MFA 프로그램을 신청하려면, 환자는 KP 서비스에 대한 미불 잔액 청구서, KP와의 예약, 위에서 설명된 적격 서비스에 대해 KP 제공자가 주문한 약국 처방에 의해 야기된 즉각적인 필요를 증명해야 한다. 환자들은 온라인, 직접 방문, 전화 또는 서면 신청을 포함한 몇 가지 방법으로 MFA 프로그램을 신청할 수 있다.

5.3.2.1 공공 및 민간 프로그램 자격에 대한 환자 검사. KFHP/H는 모든 개인이 의료 서비스를 이용할 수 있도록 건강 보험을 획득할 것을 장려한다. KFHP/H는 MFA 프로그램을 신청하는 환자에게 환자가 필요로 하는 의료 서비스 제공에 도움이 될 공공 및 민간 건강보험 프로그램을 찾도록 재정 상담을 제공한다. 공공 또는 민간 건강보험 프로그램 지원 자격이 있는 것으로 추정되는 환자의 경우, 이러한 프로그램을 신청해야 할 수도 있다.

5.4 MFA 신청에 필요한 정보. MFA 프로그램 자격뿐 아니라 공공 및 민간 건강보험 프로그램 자격 여부를 결정하기 위해, 환자의 재정 상태 확인에 필요한, 빠짐없이 작성된 개인정보, 재정정보, 기타 정보가 요구된다. 정보가 불완전할 경우 MFA가 거절될 수 있다. 서면이나 직접 방문, 또는 전화로 정보를 제공할 수 있다.

5.4.1 재정 상태 확인. 환자의 재정 상태는 재정 지원 신청을 할 때마다 확인한다. 환자의 재정 상태를 외부 정보 제공처를 통해 검증할 수 있는 경우, 해당 환자는 재정 증명 서류를 제공할 필요가 없을 수도 있다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 5/16

5.4.2 재정 및 기타 정보 제공. 외부 정보 제공처를 통해 환자의 재정 상태를 확인할 수 없는 경우, 해당 환자는 자신의 재정상태를 검증하기 위해 MFA 프로그램 신청서에 기술된 자료를 제출해야 할 수도 있다.

5.4.2.1 완전한 정보. MFA 프로그램 자격 여부는 요청된 모든 개인, 재정, 기타 정보를 입수한 후 결정된다.

5.4.2.2 불완전한 정보. 접수된 필수 정보가 불완전한 경우, 직접 방문, 우편, 전화로 환자에게 연락한다. 환자는 통지서가 발송된 날이나 직접 대화를 한 날 또는 전화 통화를 한 날로부터 30 일 이내에 누락된 정보를 제출할 수 있다.

5.4.2.3 요청된 정보가 없는 경우. 프로그램 신청서에 기술된 필요한 정보를 환자가 가지고 있지 않은 경우, 해당 환자는 KFHP/H에 연락해 자격 여부를 입증할 수 있는 다른 증거자료에 대해 문의할 수 있다.

5.4.2.4 재무 정보가 없는 경우. 다음은 환자가 기본 재정 정보(예를 들어, 소득(있을 경우) 및 소득원)를 제공하고 그 유효성을 입증해야 하는 경우이다. (1) 자신의 재정 상태가 외부 정보 제공처를 통해 검증될 수 없는 경우, (2) 요청된 재정 정보가 없는 경우, (3) 자격을 입증할 수 있는 다른 증거가 존재하지 않은 경우. 환자의 기본 재정 정보와 증언이 요구되는 경우는 다음과 같다.

5.4.2.4.1 환자가 노숙자인 경우.

5.4.2.4.2 수입이 없고, 자신의 고용주(자영업자인 경우 제외)로부터 공식적인 급여 명세서를 받지 않으며, 금전적 선물을 받거나, 지난 과세 연도에 연방 또는 주 정부 소득세 신고를 할 필요가 없었던 경우.

5.4.2.4.3 잘 알려진 국내 또는 지역 내 재해의 영향을 받은 경우(아래 5.11 항 참조).

5.4.3 환자의 협조. 환자는 요청된 정보를 제공하기 위해 적절한 노력을 기울여야 한다. 필요한 모든 정보가 제공되지 않은 경우, 자격 여부를 결정할 때 정확이 고려되고 이를 참작할 수 있다.

5.5 추정 자격 결정. 신청하지 않은 환자는 환자가 제공한 것 이외의 정보를 바탕으로 MFA 프로그램의 자격에 해당하는 것으로 식별될 수 있다. 자격이 있는 것으로 결정되는 경우, 환자는 재정 상태 증명을 위한 개인, 재정 및 기타 정보를 제공하지 않아도 되며 자동으로 MFA 지원을 받을 수도 있다. 아래 경우와 같이 사전에 자격이 결정되거나 악성 부채 위탁자로 식별되는 경우, 환자에게 자격이 있는 것으로 추정한다.

5.5.1 사전 자격. 재정 심사 절차를 통해 공공 및 민간 지원 프로그램 자격이 있다고 판단되는 환자는 MFA 프로그램에 적격한 것으로 추정한다. 다음과 같은 경우, 환자가 사전 자격을 획득한 것으로 간주한다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 6/16

- 5.5.1.1** (1) 연방, 주, 지방 정부나 (2) 협력 지역사회 기반 조직을 통하거나 (3) KFHP/H가 후원하는 지역사회 건강 이벤트를 통해 추천 및 사전적격 심사를 거쳐 지역사회 MFA (Community MFA, CMFA) 프로그램에 등록한 경우.
- 5.5.1.2** 저소득층 환자의 의료 서비스 지원을 높이도록 고안된 KP 커뮤니티 혜택 프로그램에 등록된 경우와 지정 KFHP/H 담당자에 의해 사전심사를 거친 경우.
- 5.5.1.3** 신뢰할 수 있는 자산조사 건강 보험 프로그램에 등록(예를 들면, Medicare 저소득층 보조금 프로그램)된 경우.
- 5.5.1.4** 지난 30일 이내에 사전 MFA 혜택을 받은 경우.
- 5.5.2** **악성 부채 위탁자로 식별되는 경우.** 기타 모든 자격 및 납입처가 소진된 후, KP 시설에서 치료를 받았으며 재정적 어려움(예: 기한이 지난 미불 잔액)이 있는 것으로 추정되는 환자는 외부 데이터 소스를 사용하여 프로그램 자격 심사를 받을 수도 있다. 자격에 해당하는 경우, 환자는 자격에 해당하는 미불 잔액에 대해서만 MFA 지원을 받는다. 자격에 해당하는 서비스에 대한 미불 잔액은 수급하지 않을 수도 있으며, 향후 수급 활동이나 KP 악성 부채 비용에 포함될 수 있다).
- 5.6** **프로그램 자격 기준.** 첨부된 부록, 제 V 절, 자격 기준에 요약된 바와 같이, MFA 신청 환자는 자산조사나 높은 의료비 부담 기준을 바탕으로 재정 지원 대상이 될 수 있다.
 - 5.6.1** **자산조사 기준.** 해당 환자의 자산조사 자격 기준 충족 여부를 결정하기 위해 환자를 심사한다.
 - 5.6.1.1** **소득 수준에 따른 자격.** 환자의 총 가계 소득이 연방빈곤지침(FPG) 백분율에서 KFHP/H의 자산조사 기준 이하이거나 동등한 경우, 재정 지원 자격 대상이 된다.
 - 5.6.1.2** **가계 소득.** 소득 요건은 가정의 구성원들에게 적용된다. 가정은 개인 또는 출생, 결혼, 입양을 통해 함께 사는 2인 이상의 사람으로 이루어진 집단을 의미한다. 가정 구성원에는 배우자, 자격이 있는 동거인, 자녀, 간병인 친척, 간병인 친척의 자녀 및 가정 내에 거주하고 있으며 경제적으로 부양 중인 기타 개인, 배우자, 동거인, 또는 부모가 포함될 수 있다.
 - 5.6.2** **높은 의료비 기준.** 환자의 높은 의료비 기준 충족 여부를 결정하기 위해 환자를 심사한다.
 - 5.6.2.1** **높은 의료비를 기준으로 한 자격.** 가계 총소득 수준에 상관없이 12개월 동안 자격이 되는 의료 서비스를 통해 발생한 본인부담금의 의료 및 약국 비용이 연간 가계 소득 비율 대비 10%와 같거나 그 이상일 경우 재정 지원 대상이 될 수 있다.
 - 5.6.2.1.1** **KFHP/H 본인부담금.** KP 시설에서 발생한 의료 및 약국 비용은 가입자 부담금, 보증금, 공동 보험금, 보상되는 서비스와 관련된 공제 금액을 포함한다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 7/16

5.6.2.1.2 비 KFHP/H 본인부담금. 비 KP 시설에서 제공한 자격이 되는 서비스와 관련해서 해당 환자에게 발생한 의료, 약국, 일상 초과 비용(모든 할인 및 부채 삭감은 제외)이 포함된다. 환자는 비 KP 시설에서 받은 서비스에 대한 의료비 관련 증빙 서류를 제공해야 한다.

5.6.2.1.3 건강보험 보험료. 건강보험과 관련된 비용(즉, 사용료나 보험료)은 본인부담금에 포함되지 않는다.

5.7 승인 거부 및 이의신청.

5.7.1 승인 거부. MFA 프로그램을 신청한 환자가 자격 기준에 미달할 경우, 서면이나 구두로 환자의 MFA 신청이 거부되었음을 통보한다.

5.7.2 MFA 승인 거부에 대한 이의신청 방법. 자신의 신청서나 정보가 적절히 고려되지 않았다고 생각하는 환자는 이의신청을 할 수 있다. 이의신청 절차 방법에 대한 설명은 MFA 승인 거부 서한에 적혀있다. 지정된 KFHP/H 직원이 이의신청 서류를 검토한다.

5.8 수혜 구조. MFA 지원은 악성 부채 위탁 이전에 식별된 기한이 지났거나 미불인 잔액과 대기 중인 금액에 한해 적용된다. MFA 지원에는 KP 제공자에 의해 결정되는 기타 필요한 후속 서비스에 대한 자격 기한이 포함될 수 있다.

5.8.1 수혜 기준. 환자의 건강 보험 가입 여부와 환자의 가구 수입에 따라 MFA에서 지불하는 환자 비용이 결정된다.

5.8.1.1 건강보험이 없는 MFA 적격 환자 (무보험자). 무보험 적격 환자의 경우, 자격이 되는 모든 서비스의 환자 비용에 대해 할인을 받는다.

5.8.1.2 건강보험이 있는 MFA 적격 환자 (보험가입자). 보험에 가입한 적격 환자의 경우 모든 자격이 되는 서비스와 관련하여, (1) 환자가 개인적으로 지불할 책임이 있고 (2) 자신의 보험회사가 보상하지 않는 부분의 환자 비용에 대해 할인을 받는다. 해당 환자는 보험회사가 보상하지 않는 서비스를 입증할 수 있는 보험 혜택 설명서 (Explanation of Benefits, EOB) 등의 자료를 제공해야 한다.

5.8.1.2.1 보험회사로부터 받은 지급분. 보험에 가입한 적격 환자의 경우, KFHP/H가 제공한 서비스에 대해 환자가 보험회사로부터 받은 지급금을 KFHP/H에 양도해야 한다.

5.8.1.3 할인 내역. 정책에 따라 이용 가능한 모든 할인에 대한 추가 정보는 부록 제 VI 절, *할인 내역*에 요약되어 있다.

5.8.1.4 합의 보전금. KFHP/H는 적용 가능한 경우, 제 3자 보상책임 합의금/개인 보험 보장, 납부자, 또는 기타 법적 책임자로부터 보전금을 회수한다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 8/16

5.8.2 수혜 자격 기간. 후속 서비스 기간은 승인 날짜, 또는 서비스가 제공되거나 약이 조제된 날부터 시작한다. 자격 기간의 한도는 한정적이며 다음과 같이 다양한 방식으로 KP의 재량에 따라 결정된다.

5.8.2.1 특정한 기간. 자격에 해당하는 후속 서비스와 약성 부채 위탁 이전에 식별된 미납 환자 비용에 대해 최대 365일.

5.8.2.2 전문 요양 시설 및 중급 간호 시설. KP 외에서 제공된 서비스에 대해 최대 30일.

5.8.2.3 내구성 의료 장비. 계약업체 제공 의료 장비에 대해 최대 180일

5.8.2.4 치료 과정 또는 진료 진행 기간(에피소드). KP 의료진이 결정한 특정 치료 기간 또는 진료 에피소드에 대해 최대 180일.

5.8.2.5 잠재적으로 공공 및 민간 건강 보험 프로그램에 자격이 있는 환자. 환자가 공공 및 민간 건강 보험 프로그램에 지원하는 동안 환자 지원 최대 90일.

5.8.2.6 일회성 약국 지원 수여. MFA 프로그램에 신청하기 전에, 환자가 일회성 약국 지원 혜택을 받는 경우는 다음과 같다. (1) 환자가 MFA 혜택을 받지 않고 있으며, (2) KFHP/H 약국에서 KP 의료진에 의해 작성된 처방약을 받아야 하는 경우, 및 (3) 처방약을 부담할 재정적 능력이 없다는 의사를 표명한 경우. 일회성 지원은 30일로 한정되며 KP 의료진이 의학적으로 적절하다고 판단하는 합리적인 양의 약품 공급을 포함한다.

5.8.2.7 수혜 연장 요청. 기존 지원의 만료일 삼십(30)일 전부터 환자는 프로그램에 다시 지원할 수 있다.

5.8.3 혜택의 취소, 철회 또는 수정. KFHP/H는 특정 상황에서 재량에 따라 MFA 혜택을 취소, 철회, 수정할 수 있다. 이러한 상황은 다음과 같다.

5.8.3.1 사기, 도난, 또는 재정적 변화. MFA 프로그램의 무결성을 훼손하는 사기, 허위 진술, 도난, 환자의 재정 상황의 변화, 또는 기타 상황.

5.8.3.2 공공 및 민간 건강보험 프로그램에 가입 자격을 갖춘 환자. 공공 및 민간 건강보험 프로그램 가입 자격여부 심사를 받아 가입자격이 있는 것으로 추정되는 환자이나 이러한 프로그램 가입 신청 절차에 협조하지 않는 환자.

5.8.3.3 다른 지불 출처가 확인된 경우. 환자가 MFA 지원을 받은 후 건강보험 또는 다른 지급 출처가 확인되면, 자격이 되는 서비스에 대한 의료비를 소급하여 다시 청구한다. 이러한 상황이 발생하는 경우, 해당 환자는 (1) 환자가 개인적으로 지불할 책임이 있고, (2) 자신의 보험회사나 그 밖의 지급 출처가 보상하지 않는 금액에 대해서는 청구를 받지 않는다.

5.8.3.4 건강보험 보상범위의 변경. 건강보험이 변경된 환자는 MFA 프로그램에 재신청해야 한다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 9/16

5.9 의료비 청구 제한. MFA 유자격 환자에게 Kaiser Foundation Hospital 에서 제공된 자격이 되는 병원 서비스에 대해 전체 달러 금액(즉, 총 비용)을 청구하는 것은 금지된다. Kaiser Foundation Hospital 에서 자격이 되는 병원 서비스를 받았으며, MFA 프로그램 자격이 있으나 MFA 혜택을 받지 않았거나 MFA 지원을 거절한 환자에게는, 해당 의료 서비스에 대해 일반 청구액(amounts generally billed, AGB) 이상을 청구하지 않는다.

5.9.1 일반 청구액. 응급진료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 건강보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB)은 첨부된 부록, 제 VII 절, 일반 청구액 (AGB) 계산 기준에 기술된 바와 같이 KP 시설에 적용된다.

5.10 징수 조치.

5.10.1 합리적인 통보 노력. KFHP/H 나 이를 대신하는 채무징수 대행업체는 환자에게 MFA 프로그램에 관련된 연체 또는 미납금을 알리기 위해 합리적인 노력을 기울인다. 합리적인 통보 노력은 다음과 같다.

5.10.1.1 병원 퇴원 후 첫 명세서가 발송된 120 일 이내에, 자격을 갖춘 사람은 MFA 지원을 받을 수 있다는 것을 알리는 서면 통지를 해당 계정 소유자에게 한 번 보낸다.

5.10.1.2 KFHP/H 또는 채무징수 대행업체가 환자 비용의 미지불금액 징수를 위해 시작할 조치와 해당 조치의 최종기한(서면 통지로부터 30 일 이후) 등의 특별 징수 조치(extraordinary collection action, ECA) 목록을 적은 서면 통지를 제공한다.

5.10.1.3 쉬운 언어로 된 MFA 정책 요약서를 첫 번째 병원 명세서와 함께 제공한다.

5.10.1.4 MFA 신청을 통해 지원을 받는 방법 및 MFA 정책에 대해 계정 소유자에게 구두 통지를 시도한다.

5.10.1.5 기한이 지났거나 미불 환자 금액이 채무징수 대행업체에 이전되기 전에 요청에 따른 프로그램 자격을 결정한다..

5.10.2 특별 징수 조치 중지. KFHP/H 가 징수하지 않거나 또는 채무징수 대행업체가 환자에 대해 특별 징수 조치(ECA)를 하도록 허용하지 않는 경우는 다음과 같다.

5.10.2.1 환자가 현재 MFA 혜택을 수여 받는 경우, 또는

5.10.2.2 환자가 ECA(특별 징수 조치)가 시작된 후 MFA 신청을 시작한 경우. 자격 관련 최종 결정이 날 때까지 ECA 를 일시 중단한다.

5.10.3 허용되는 특별 징수 조치.

5.10.3.1 합리적인 노력에 대한 최종 판단. ECA 를 시작하기 전에, 징수 주기 환자 재정서비스 책임자는 다음과 같은 사항을 확인한다.

5.10.3.1.1 환자에게 MFA 프로그램에 대해 알리는 합리적인 통지 노력을 다했는지의 여부.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 10/16

5.10.3.1.2 환자가 MFA 신청을 할 수 있도록 환자가 최초 의료 청구서를 받은 날로부터 적어도 240일의 기간이 제공되었는지의 여부.

5.10.3.2 소비자 신용기관 또는 신용평가기관에의 통지. KFHP/H 또는 KFHP/H를 대신하는 채무징수 대행업체는 소비자 신용 보고기관 또는 신용 평가기관에 불리한 정보를 알릴 수 있다.

5.10.3.3 사법적 조치 또는 민사적 조치. 사법적 조치 또는 민사적 조치를 취하기 전에, KFHP/H는 해당 환자의 MFA 프로그램 자격 여부를 확인하기 위해 외부 정보 제공처를 활용해 환자의 재정 상태를 검증한다.

5.10.3.3.1 MFA 자격이 될 경우. MFA 프로그램 자격이 되는 환자에 대해서는 어떠한 추가 조치도 취하지 않는다. MFA 자격이 되는 계정은 취소되고, 소급 적용되어 반환된다.

5.10.3.3.2 MFA 자격이 되지 않을 경우. 매우 제한된 경우에, 다음과 같은 조치를 지역 최고채무책임자나 회계책임자의 사전 승인을 받아 수행한다.

5.10.3.3.2.1 임금 압류.

5.10.3.3.2.2 고소/민사소송. 실업자나 기타 구체적인 소득이 없는 개인에 대해서는 법적 조치를 취하지 않는다.

5.10.3.3.2.3 주택에 대한 유치권 행사.

5.10.4 금지된 특별 징수 조치. 다음과 같은 조치는 어떤 상황에서도 KFHP/H가 수행, 또는 허용하거나, 채무징수 대행업체가 수행하도록 허락하지 않는다.

5.10.4.1 응급 또는 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 전에, 계정 소유자의 이전 미납금액을 이유로 그러한 의료행위를 연기 또는 거부하거나, 지불을 요구하는 행위.

5.10.4.2 제 3자에게 계정 소유자에 대한 채권을 매각하는 행위.

5.10.4.3 주택 가압류나 계좌 압류.

5.10.4.4 체포영장 신청.

5.10.4.5 구속영장 신청.

5.11 재난 대응. KFHP/H는 일시적으로 MFA 프로그램 자격 기준 및 지원 과정을 변경하여 주 또는 연방 정부에 의해 재난으로 인정받은 잘 알려진 사건의 영향을 받은 커뮤니티와 환자에게 지원을 강화할 수 있다.

5.11.1 잠재적 자격 변경. MFA 자격 기준에 대해 일시적으로 다음 변경 사항이 포함될 수 있다.

5.11.1.1 자격 제한 유예

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 11/16

5.11.1.2 자산 조사 기준 확대.

5.11.1.3 높은 의료비 기준 한도 저하.

5.11.2 잠재적인 신청 절차 변경. MFA 신청에 대해 일시적으로 다음 변경 사항이 포함될 수 있다.

5.11.2.1 다음은 환자가 기본 재정 정보(예를 들어, 소득(있을 경우) 및 소득원)를 제공하고 그 유효성을 입증하게 한다. (1) 자신의 재정 상태가 외부 정보 제공처를 통해 검증될 수 없는 경우, (2) 사건으로 인해 요청된 재정 정보가 없는 경우, (3) 자격을 입증할 수 있는 다른 증거가 존재하지 않은 경우.

5.11.2.2 가구 수입을 결정할 때는 사건으로 인한 향후의 소득/고용 상실의 효과를 염두에 둔다.

5.11.3 대중에게 공개된 정보. 일시적인 MFA 프로그램 변경 사항을 설명한 정보는 MFA 프로그램 웹페이지 및 해당하는 KP 시설에서 대중에게 공개되어 있다.

6.0 참조/별첨

6.1 별첨 A - 용어집

6.2 법률, 규정 및 자원

6.2.1 환자보호 및 적정 의료법(Patient Protection and Affordable Care Act), 공법 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.2.2 연방관보 및 연간 연방빈곤지침

6.2.3 연방국세청 출판물, 2014년 Schedule H 지시서 (서식 990)

6.2.4 연방국세청 공지사항 2010-39

6.2.5 연방국세청 코드(Internal Revenue Service Code), 26 연방규정집 (Code of Federal Regulations, CFR) 파트 1, 53, 및 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 - 자선 병원에 대한 추가 요건

6.2.6 California Hospital Association - Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015년판

6.2.7 Catholic Health Association of the United States - A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012년판

6.3 의료 서비스 제공자 목록

6.3.1 다음의 의료 서비스 제공자 목록은 KFHP/H 웹사이트에서 확인할 수 있다.

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

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 12/16

별첨 A 용어집

지역사회 MFA(CMFA)는 지역사회 기반의 의료 안전망 소속 단체와 협력해서 KP 시설에서 저소득 무보험자와 불충분한 보험을 가진 환자에게 의료적으로 필요한 치료를 제공하는 계획된 의료 재정보조 프로그램이다.

채무징수 대행업체는 채무자 또는 채무 매입자를 위해 직간접적인 행동을 통해 수급해야 하는 금액이나 제기되었거나 채무 상태인 금액의 수급을 실시 또는 실행하거나 징수하려고 하는 사람을 뜻한다.

내구성 의료 장비(DME)는 표준 지팡이, 목발, 의료용 분무기, 의도된 용도의 용품, 가정에서 사용하는 문 위에 장착하는 목 트랙션 (목 견인장치), 휠체어, 보행기, 병원 침대, 가정에서 사용하는 산소 등 DME 기준에 의해 지정된 장비가 포함되며 이에 국한되지 않는다. 교정기, 보철(예를 들어, 동적 부목/보조기, 인공 후두 및 용품) 및 처방전 없이 구입할 수 있는 일반용품과 부드러운 섬유 제품(예를 들어, 비뇨기과 용품 및 상처 치료용품)은 DME에 포함되지 않는다.

유자격 환자는 본 정책에 기술된 바와 같이 자격조건을 충족하는 개인을 의미한다. 환자가 (1) 무보험자이건 (2) 공공 프로그램(예를 들어, Medicare, Medicaid, 또는 건강보험교환처를 통해 구매한 보조 건강보험)을 통해 보험 혜택을 받건 (3) KFHP 이외의 건강보험에 가입된 경우이건 또는 (4) KFHP 보험에 가입된 경우이다.

외부 데이터 소스는 환자의 재정 역량 점수를 계산하기 위해 동일한 표준에 따라 공공 기록 데이터베이스를 기반으로 한 모델을 활용하여 재정적 필요를 평가함에 있어 환자의 개인 정보를 검토하는 데 사용되는 타사 계약업체를 뜻한다.

연방빈곤지침(FPG)은 미국 보건복지부 가 정한 빈곤의 연간 소득 기준선을 설정하고, 연방관보 에 매년 정보가 업데이트 된다.

재정 상담은 KP 시설에서 받은 서비스에 대한 비용을 지불하는데 이용할 수 있는 다양한 재정 및 건강보험 옵션을 환자가 고려할 수 있도록 돕는 과정이다. 재정 상담을 신청할 수 있는 환자에는 자기 부담, 무보험, 불충분한 보험가입자, 의료비 전체를 지불할 재정적 능력이 없음을 밝힌 환자 등이 포함되며, 이에 국한되지는 않는다.

노숙자란 아래에 설명한 장소에 거주하거나 이러한 상황에 처해 있는 사람의 신분을 말한다.

- 사람이 거주하는 용도가 아닌 장소, 즉 자동차, 공원, 보도, (도로 상의) 폐건물, 또는
- 비상 대피소, 또는
- 길거리나 비상 대피소에 지내다 온 노숙자를 위한 임시주택이나 지원주택.
- 위에서 언급한 장소 중 한 곳에서 지내지만, 병원이나 다른 시설에서 단기간 (최대 연속 30 일까지) 머무르는 경우.
- 전용 주거지에서 일주일 이내에 퇴거당하거나 가정 폭력으로부터 탈출하여, 이후에 지낼 거주지를 찾지 못하고, 주거지를 확보하는 데 필요한 자원과 지원망이 부족한 사람.
- 정신건강이나 약물남용 치료시설 등의 기관에서 연속 30 일 이상을 머무르며 치료를 받고 일주일 이내에 퇴원하지만, 퇴원 후 지낼 거주지를 찾지 못하고 주거지를 확보하는 데 필요한 자원과 사회적 지원망이 부족한 사람.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 13/16

별첨 A
용어집(계속)

KP에는 Kaiser Foundation Hospitals 및 연계 병원 클리닉, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups 와 그 각각의 자회사가 포함되며, Kaiser Permanente Insurance Company(KPIC)는 제외된다.

KP 시설은 환자 진료제공(예를 들어, 건물, 또는 KP 바닥, 유닛, 또는 비 KP 빌딩의 내부나 외부)을 비롯한 KP 비즈니스를 수행하는 데 있어 KP가 소유하거나 임대한 건물의 내부와 외부를 포함한 모든 물리적 부지를 포함한다.

자산조사는 개인의 소득이 연방 빈곤 지침에 지정된 비율보다 더 높은지 여부에 따라 외부 정보제공처나 환자가 제공한 정보를 사용하여 개인의 공공 보험 프로그램이나 MFA 프로그램에 대한 자격을 결정하는 데 사용되는 방법이다.

의료비 재정지원(MFA)은 의학적으로 필요한 서비스, 상품이나 약의 전부 또는 일부를 지불할 재정적인 능력이 없거나 공공 및 민간 자금을 소진한 유자격 환자에게 금전적 지원을 제공한다. 개인이 환자 치료 비용의 일부 또는 전부를 지원 받기 위해서는 프로그램 기준을 충족해야 한다.

의료용품은 의학적으로 필요한 서비스를 제공하는 과정에서 자격을 갖춘 의료진이 사용한 부목, 슬링, 상처 드레싱 및 붕대와 같은 재사용하지 않는 의료 물품을 말하며, 다른 곳에서 환자가 구매하거나 얻은 물품은 제외된다.

환자 비용은 KP 시설(예: 병원, 병원 연계 클리닉, 의료 센터, 진료실 건물, 외래 약국)에서 받은 치료에 대해 환자에게 청구되는 금액의 일부로서 보험 또는 공공 부조 건강 치료 프로그램에 의해 지불되지 않는 금액을 의미한다.

약국 면제는 저소득 KP Senior Advantage Medicare 파트 D 가입자를 대상으로, Medicare 파트 D에 적용되는 외래환자 처방약에 대한 본인 부담 비용을 감당할 수 없는 가입자에게 재정 지원을 한다.

안전망은 공공 병원, 지역사회 클리닉, 교회, 노숙자 쉼터, 모바일 건강 유닛, 학교 등의 지역사회 환경에서 무보험자 또는 취약 계층에게 직접 의료 서비스를 제공하는 비영리 단체 및/또는 정부 기관의 시스템을 의미한다.

불충분한 보험가입자란 건강보험에 가입은 했지만, 보험료, 가입자 부담금, 공동보험료와 공제금액을 지불하는 것이 상당한 재정적 부담이 되어서 이러한 본인부담금 때문에 필요한 의료 서비스를 받지 않거나 치료를 지연하는 개인을 의미한다.

무보험자란 건강보험이 없거나, 의료 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있는 연방 또는 주 정부 후원 재정지원을 받고 있지 않은 개인을 의미한다.

취약계층은 사회경제적 상황, 질병, 인종, 나이, 또는 다른 장애 요인으로 인해 일반 대중보다 건강과 복지 면에서 위험 수위가 높은 것으로 간주되는 인구 통계학적 그룹을 포함한다.

구속영장은 체포 영장과 유사하며, 법원이 당국에 지시하여 민사상 모독죄에 해당하는 개인을 법원으로 송환하도록 법원이 개시하는 절차이다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 14/16

부록 Kaiser Permanente Northern California

부록 발효 일자: 2021년 2월 1일

I. Kaiser Foundation Hospitals. 이 정책은 모든 KFHP/H 시설(병원, 병원 연계 클리닉, 의료 센터, 진료실 건물) 및 외래 약국에 적용된다. 북가주 내 Kaiser Foundation Hospitals:

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

참고: Kaiser Foundation Hospitals는 병원 공정 가격 정책과 캘리포니아 보건 및 안전 코드 §127400을 준수한다.

II. MFA 정책에 따른 적격 및 부적격 추가서비스.

- a. **노숙자 환자를 위한 교통편.** KP 병원이나 KP 응급 부서에서의 조속한 퇴원을 위하여 노숙자 환자가 응급 및 비응급 상황에서 이용 가능
- b. **부적격 추가 서비스.**
 - i. 보청기
 - ii. 안과 용품
 - iii. **Medi-Cal 본인부담금(Share of Cost, SoC)과 관련된 비용.** SoC는 소득 한도에 가까운 Medi-Cal 수혜자에게 의료 혜택을 지원하기 위해 고안된 Medi-Cal 프로그램의 필수 요소이다. SoC에 해당하는 서비스 청구액에는 MFA가 적용되지 않는다. MFA는 SoC 금액에 적용될 수 없다. SoC는 환자가 Medicaid 자격에 해당하기 전에 환자가 반드시 지불해야 하는 금액으로 주에서 결정하는 금액이기 때문이다.

III. MFA 정책이 적용되는 의료진과 적용되지 않는 의료진. Kaiser Foundation Hospitals의 MFA 정책 적용 및 비적용 의료진 목록은 KFHP/H MFA 웹사이트 www.kp.org/mfa/ncal에서 일반인에게 무료로 제공된다.

IV. 프로그램 정보 및 MFA 신청. MFA 정책 사본, 신청 양식, 지시 사항, 쉽게 풀어 설명한 요약본(즉, 프로그램 안내 책자)과 같은 MFA 프로그램 정보는 전자 양식이나 인쇄물 형태로 일반인에게 무료로 제공된다. 환자는 KFHP/H에서 진료를 받는 동안 또는 받은 후에 MFA 프로그램을 신청할 수 있으며, 직접 방문, 전화 또는 서류 신청 등 다양한 방법으로 신청할 수 있다. (위 5.3 항 및 5.4 항 참조)

- a. **KFHP/H 웹사이트에서 온라인 신청서 작성 및 제출.** 환자는 MFA 웹사이트인 www.kp.org/mfa/ncal에서 신청서 정보를 전자식으로 시작 및 제출할 수 있다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 15/16

- b. **KFHP/H 웹사이트에서 프로그램 정보 다운로드 받기.** 프로그램 정보 전자 사본은 MFA 웹사이트 www.kp.org/mfa/ncal에서 제공.
- c. **전자적으로 프로그램 정보 요청.** 요청할 경우 전자 양식의 프로그램 정보를 이메일로 받을 수 있다.
- d. **직접 방문으로 프로그램 정보 요청 및 신청하기.** 프로그램 정보는 제 I 절, *Kaiser Foundation Hospitals* 명단에 실린 Kaiser Foundation Hospitals 내 입원 및 응급부서에서 요청할 수 있다.
- e. **전화로 프로그램 정보를 요청하거나 프로그램 신청.** 정보 제공, MFA 자격 요건 결정, 환자의 MFA 신청을 도와주는 전화 상담원을 이용할 수 있다. 상담원 문의처:
전화번호: 1-800-390-3507
- f. **우편으로 프로그램 정보 요청 또는 프로그램 신청.** 환자는 우편으로 프로그램 정보를 요청하거나, 빠짐없이 작성한 MFA 프로그램 신청서를 우편으로 제출하여 MFA를 신청할 수 있다. 정보 요청서와 프로그램 신청서는 다음 주소로 보내면 된다.

Kaiser Permanente
Attention: Medical Financial Assistance Unit
P.O. Box 30006
Walnut Creek, California 94598

- g. **직접 방문해서 작성한 신청서 제출.** 빠짐없이 작성된 신청서는 각 Kaiser Foundation Hospitals의 입원 또는 환자 재정 자문 부서로 직접 방문해서 접수할 수 있다.

V. 자격 기준. MFA 적격 여부를 결정할 때 환자의 가계 소득이 고려된다.
(위 5.6.1 항 참조)

- a. 자산조사 기준: 연방빈곤지침의 최대 350%까지
- b. 본인 공제가 있는 KFHP 가입자의 경우, 프로그램 자격이 되기 위해서는 높은 의료비 기준을 충족해야 한다

VI. 본인 공제가 있는 KFHP 가입자의 경우, 프로그램 자격이 되기 위해서는 높은 의료비 기준을 충족해야 한다 **할인 내역.** 의료재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 KP가 청구하는 금액은 해당 프로그램에 대한 자격을 부여하는 데 사용되는 자격 기준의 유형에 따라 다르다.

- a. **환자가 자산조사 기준을 충족할 경우.** 자산조사 기준을 충족하는 환자는 해당 서비스에 대해 환자가 지불해야 할 책임이 있는 환자 비용 부담분의 의료비에 대해 100% 할인 받는다.
- b. **환자가 높은 의료비 기준을 충족할 경우.** 높은 의료비 기준을 충족하는 환자는 해당 서비스에 대해 환자가 지불할 책임이 있는 환자 비용 또는 의료비를 100% 할인 받는다.

정책 제목: 의료비 재정지원	정책 번호: NATL.CB.307
담당 부서: National Community Benefit	발효 일자: 2021년 2월 1일
관리자: 의료비 재정지원, 디렉터	페이지: 16/16

- VII.** 일반적으로 청구되는 금액 (**AGB**) 산출 기준. KFHP/H는 응급진료 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 일반 청구액 AGB 계산을, 총 의료비에 AGB 비율을 곱하는 룩백 방법을 이용해서 결정한다. AGB 비율과 산출 방법에 관한 정보는 KFHP/H MFA 웹사이트 www.kp.org/mfa/ncal에서 확인할 수 있다.
- VIII.** 환불. 환자가 MFA를 신청해서 승인된 경우, 병원 및/또는 전문 서비스에 대해 Medicare, Medi-Cal, 또는 일부 기타 정부 지불인이 지급할 것으로 KFHP/H가 예상한 금액보다 더 많이 받은 경우에는 환불이 이루어진다.
- a. 이자는 민사소송법 제 685.010조에 규정된 비율로 발생하며, 병원이 환자의 납입금을 받은 날부터 시작된다. 현재의 이자율은 10%이다.