



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 1 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

1.0 بیانیه مجموعه قوانین

برنامه هایی ارائه کنند که دسترسی به خدمات درمانی را برای افسشار آسیب پذیر تسهیل می کنند. این تعهد شامل ارائه کمک مالی به بیمارانی است که درآمد کمی دارند و تحت پوشش بیمه نیستند یا از پوشش بیمه کافی برخوردار نیستند، اگر توانایی پرداخت هزینه خدمات مانعی برای دسترسی به مراقبت اورژانسی است که از نظر پزشکی مورد نیاز است.

2.0 هدف

در این مجموعه قوانین، شرایط لازم برای واجد شرایط بودن جهت دریافت کمک مالی و بهره مند شدن از خدمات پزشکی اورژانسی و لازم از طریق برنامه کمک مالی درمانی (MFA) توصیف شده است. این شرایط مطابق با بخش (r) 501 از آیین نامه درآمد داخلی ایالات متحده و مقررات قابل استناد ایالت میباشند که در ارتباط با خدمات واجد شرایط، نحوه دریافت دسترسی، معیارهای احراز شرایط برای برنامه، ساختار مزایای MFA، پایه و اساس محاسبه مقادیر مزایا و اقدامات مجاز در صورت عدم پرداخت صورتحساب درمانی تهیه شده اند.

3.0 دامنه کاربرد

این مجموعه قوانین در ارتباط با کارکنانی است که توسط مراکز زیر و زیرمجموعه های آنها استخدام شده اند (در کل به آنها "KFHP/H" گفته می شود):

3.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.2 Kaiser Foundation Hospitals؛ و

3.3 مؤسسات وابسته به KFHP/H.

3.4 این مجموعه قوانین در مورد Kaiser Foundation Hospitals و کلینیک های وابسته به بیمارستان است که در ضمیمه پیوست بخش 1، *Kaiser Foundation Hospitals* فهرست شده اند و در اینجا به عنوان مرجع به آن اشاره شده است.

4.0 تعاریف

به ضمیمه A مراجعه کنید - واژه نامه شرایط.

5.0 مقررات

KFHP/H دارای یک برنامه MFA ویژه افراد کم درآمد است و با استفاده از آن برای بیماران واجد شرایط بدون توجه به سن، ناتوانی، جنسیت، نژاد، گرایش مذهبی، وضعیت مهاجرت، گرایش جنسی، ملیت اصلی، و این که بیمار دارای پوشش درمانی می باشد یا خیر، موانع مالی مرتبط با دریافت مراقبت اورژانسی و از نظر پزشکی لازم را برطرف می نماید.

5.1 خدماتی که طبق قوانین MFA واجد شرایط هستند و نیستند. مگر آنکه در ضمیمه پیوست بخش ۲، خدمات تکمیلی که طبق مجموعه قوانین MFA واجد شرایط هستند و نیستند خلاف آن گفته شده باشد.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 2 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.1.1 خدمات واجد شرایط. MFA می تواند در مورد خدمات مراقبت درمانی اورژانسی و خدمات ضروری پزشکی، خدمات و محصولات دارویی و کالاهای پزشکی ارائه شده توسط مراکز Kaiser Permanente (KP) (برای مثال بیمارستانها، کلینیک های وابسته به بیمارستان و مراکز درمانی و ساختمانهای مطب پزشکان)، در داروخانه های بخش سرپایی KFHP/H، یا توسط ارائه کنندگان KP اعمال شود. MFA می تواند در مورد خدمات و محصولات توصیف شده در زیر باشد:

5.1.1.1 خدماتی که از نظر پزشکی لازم است. مراقبت، درمان یا خدمات تجویز شده یا ارائه شده توسط یک ارائه کننده KP که برای پیشگیری، ارزیابی، تشخیص یا معالجه یک بیماری لازم بوده و اساساً برای راحتی بیمار یا ارائه دهنده مراقبت درمانی نباشد.

5.1.1.2 نسخه ها و تامین دارو نسخه هایی که در داروخانه بخش سرپایی KFHP/H ارائه شده و توسط ارائه کنندگان KP، ارائه کنندگان اداره اورژانس غیر KP، ارائه کنندگان مراقبت فوری غیر KP و ارائه کنندگان تحت قرارداد با KP تهیه شده باشد.

5.1.1.2.1 داروهای عمومی. استفاده از داروهای عمومی هر زمان که امکان پذیر باشد ترجیح داده می شود.

5.1.1.2.2 داروهای دارای برند. داروهای دارای برند زمانی که توسط ارائه دهنده KP تجویز شده باشد و در نسخه عبارت توزیع به شکل نوشته شده (DAW, Dispense as Written) ذکر شده باشد یا داروی عمومی مشابه موجود نباشد.

5.1.1.2.3 داروها یا لوازم داروخانه ای بدون نسخه. با در دست داشتن نسخه یا دستور نوشته شده توسط ارائه دهنده KP که توسط داروخانه بیماران سرپایی KP توزیع می شود.

5.1.1.2.4 ذینفعان Medicare. در مورد افراد ذینفع Medicare، داروهای تجویزی تحت پوشش Medicare بخش D است که در داروخانه توزیع نمی شود.

5.1.1.3 تجهیزات بادوام پزشکی (Durable Medical Equipment, DME). توسط ارائه کننده KP تجویز شده است و مطابق با دستورالعمل های DME و توسط KFHP/H به بیماری که شرایط ضرورت پزشکی را دارد، ارائه می شود.

5.1.1.4 کلاس های آموزش بهداشت. هزینه مربوط به چنین کلاس هایی که توسط KP زمانبندی و برگزار می شود و به توصیه ارائه دهنده KP است به عنوان بخشی از طرح مراقبتی بیمار در نظر گرفته می شود.

5.1.1.5 خدمات موجود بر مبنای استثناء. در برخی شرایط خاص که استثناء محسوب می شود MFA ممکن است موارد زیر را در بر گیرد (1) خدماتی که در مرکز غیر KP ارائه می شوند و (2) تجهیزات بادوام پزشکی (DME) که توسط یک ارائه دهنده KP تجویز شده باشد و توسط یک فروشنده/طرف قرارداد به شرح زیر تامین شده باشد. برای واجد شرایط بودن برای موارد استثناء، بیمار ملزم به دارا بودن معیارهای هزینه پزشکی بالا است که در بخش 5.6.2 در زیر شرح داده شده است.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 3 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

- 5.1.1.5.1 خدمات پرستاری تخصصی و خدمات مراقبت نیمه‌حاد.** ارائه شده توسط مرکز طرف قرارداد با KP برای بیماری که برای تسهیل در ترخیص از بیمارستان، نیاز پزشکی دارد.
- 5.1.1.5.2 تجهیزات بادوام پزشکی (DME).** فروشنده DME را که توسط ارائه دهنده KP سفارش داده شده است، مطابق با دستورالعمل های DME و توسط فروشنده طرف قرارداد از طریق سازمان KFHP/H DME تأمین کرده است.
- 5.1.1.6 خدمات تکمیلی واجد شرایط موجود.** خدمات تکمیلی که طبق مجموعه قوانین MFA واجد شرایط می باشند، در ضمیمه پیوست بخش ۲، خدمات تکمیلی که طبق خط مشی MFA واجد شرایط هستند و نیستند آورده شده است.
- 5.1.2 خدماتی که واجد شرایط نیستند.** MFA در موارد زیر قابل ارائه نمی باشد:
- 5.1.2.1 خدماتی که به تشخیص ارائه دهنده KP، اورژانسی یا از نظر پزشکی لازم نباشند.** از جمله موارد زیر و نه محدود به آنها:
- 5.1.2.1.1** جراحی ها یا خدمات زیبایی، از جمله خدمات درمانی مربوط به پوست که هدف اصلی آنها بهبود شکل ظاهری بیمار باشد،
- 5.1.2.1.2** درمان های مربوط به ناباروری،
- 5.1.2.1.3** لوازم پزشکی خرده فروشی،
- 5.1.2.1.4** درمان های جایگزین از جمله طب سوزنی و ماساژ درمانی (کاپروپراکتیک) یا خدمات ماساژ،
- 5.1.2.1.5** تزریق یا استفاده از دستگاه هایی برای درمان ناتوانی جنسی،
- 5.1.2.1.6** خدمات مربوط به رحم اجاره ای، و
- 5.1.2.1.7** خدمات مرتبط با تعهدات شخص ثالث، محافظت بیمه شخصی یا موارد جبران خسارت کارگری.
- 5.1.2.1.8 خدمات برای بیماران دارای بیمه سلامت غیر KP.** خدمات غیراضطراری یا غیر فوری و محصولات دارویی سرپایی که توسط پوشش بیمه سلامت غیر KP بیمار پوشش داده می شوند و بیماران را ملزم به استفاده از شبکه مشخصی از ارائه دهندگان و داروخانه های ترجیحی غیر KP می کند.
- 5.1.2.2 نسخه ها و تامین دارو.** نسخه ها و خدماتی که اورژانسی نبوده یا از نظر پزشکی لازم نمی باشند، از جمله و نه محدود به (1) داروهایی که از سوی داروخانه و کمیته ماساژدرمانی تایید نشده اند، (2) داروهای غیرنسخه ای و لوازمی که از سوی ارائه دهنده KP دستور داده نشده اند، و (3) داروهایی که به طور خاص مستثنی شده اند (برای مثال باروری، زیبایی، ناتوانی جنسی).



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 4 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

- 5.1.2.3 نسخه هایی برای افراد نامنویسی شده Medicare بخش D که برای برنامه بارانه افراد کم درآمد (Low Income Subsidy, LIS) واجد شرایط می باشند. سهم هزینه باقیمانده برای داروهای نسخه ای برای افراد ثبت نامی در بخش D از Medicare Advantage که مطابق با دستورالعمل‌های مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services) یا واجد شرایط برنامه LIS می باشند یا در آن ثبت نام کرده اند.**
- 5.1.2.4 خدمات ارائه شده خارج از مراکز KP. مجموعه قوانین MFA فقط در مورد خدمات ارائه شده در مراکز KP توسط ارائه دهندگان KP است. حتی در صورت ارجاع از طرف ارائه دهنده KP، هیچکدام از خدمات دیگر برای MFA واجد شرایط نخواهند بود. خدمات ارائه شده در مطب های پزشکی غیر KP، مراکز درمان اضطراری و بخش های اورژانس و همچنین درمان های خانگی غیر KP، آسایشگاه، خدمات بهبودی و خدمات مربوط به مراقبت و پرستاری تحت پوشش قرار نمی گیرند، مگر اینکه طبق بخش 5.1.1.5 در بالا به عنوان استثناء شناخته شده باشند.**
- 5.1.2.5 تجهیزات بادوام پزشکی (DME). این که توسط یک ارائه دهنده KP سفارش داده شود یا نه، DME تأمین شده توسط یک فروشنده طرف قرارداد مستثنی می شود مگر اینکه طبق بخش 5.1.1.5 در بالا به عنوان یک استثنا شناخته شود.**
- 5.1.2.6 حق بیمه طرح درمانی. برنامه MFA در پرداخت هزینه های مربوط به پوشش بیمه سلامت به بیماران کمکی نمی کند (غرامت یا حق بیمه درمانی).**
- 5.1.2.7 خدمات تکمیلی غیر واجد شرایط. خدمات تکمیلی که طبق مجموعه قوانین MFA واجد شرایط نمی باشند در ضمیمه پیوست بخش ۲، خدمات تکمیلی که طبق خط مشی MFA واجد شرایط هستند و نیستند آورده شده است.**
- 5.2 ارائه کنندگان. MFA تنها برای خدمات واجد شرایط ارائه شده توسط ارائه کنندگان مراقبت پزشکی به افراد تحت پوشش MFA به شکلی که در ضمیمه پیوست بخش ۳، ارائه دهندگان مشمول و غیرمشمول پوشش MFA بدان اشاره شده است، می باشد.**
- 5.3 منابع اطلاعات برنامه و نحوه درخواست برای MFA. اطلاعات تکمیلی در مورد برنامه MFA و نحوه درخواست، به صورت خلاصه در ضمیمه پیوست بخش ۵، اطلاعات برنامه و درخواست برای MFA آورده شده است.**
- 5.3.1 منابع اطلاعات برنامه. نسخه های قوانین MFA، فرم های درخواست، دستورالعمل ها و خلاصه ها به زبان ساده (یعنی خلاصه سیاست ها یا بروشورهای برنامه) از طریق وب سایت KFHP/H، از طریق ایمیل، حضوری یا پست ایالات متحده بدون پرداخت هزینه در دسترس عموم است.**
- 5.3.2 درخواست برای MFA. برای درخواست برای برنامه MFA، بیمار ملزم به نشان دادن نیاز فوری ناشی از صورتحسابی با مبلغ قابل توجه برای خدمات KP، قرار ملاقات با KP یا نسخه دارویی که توسط ارائه دهنده KP برای خدمات واجد شرایط صادر شده است، به شرح بالا می باشد. بیمار می تواند به اشکال مختلف شامل حضوری، تلفنی یا کتبی، تقاضای خود را برای MFA ارائه کند.**



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 5 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.3.2.1 غربالگری بیماران برای واجد شرایط بودن برای برنامه دولتی و

خصوصی. KFHP/H همه افراد را تشویق می کند تا از بیمه خدمات درمانی برای اطمینان از دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی، بهداشت عمومی شخصی و حفاظت از دارایی های بیمار برخوردار شوند. KFHP/H مشاوره مالی به بیماران درخواست کننده برنامه MFA ارائه می کند تا از این طریق برنامه های دولتی و خصوصی دارای پوشش احتمالی که ممکن است به نیازهای مربوط به دسترسی به مراقبت درمانی کمک نماید، تعیین شوند. بیماری که برای هرگونه برنامه دارای پوشش درمانی دولتی یا خصوصی واجد شرایط شناخته شود ممکن است ملزم باشد برای آن برنامه درخواست ارائه دهد.

5.4 اطلاعات مورد نیاز برای اقدام جهت MFA. اطلاعات کامل شخصی، مالی و اطلاعات دیگر برای بررسی وضعیت مالی بیمار و تعیین احراز صلاحیت برای برنامه MFA همچنین برنامه های پوشش درمانی دولتی و خصوصی لازم است. MFA ممکن است به دلیل اطلاعات ناکافی مورد تأیید قرار نگیرد. اطلاعات می تواند به صورت کتبی، حضوری یا از طریق تلفن ارائه شود.

5.4.1 تأیید وضعیت مالی. هر بار که بیمار برای کمک مالی اقدام می کند، وضعیت مالی بیمار مورد بررسی و تأیید قرار می گیرد. اگر وضعیت مالی بیمار با استفاده از منابع اطلاعات خارجی قابل تأیید و بررسی باشد، ممکن است نیازی نباشد اسناد مالی ارائه کند.

5.4.2 ارائه اطلاعات مالی و سایر اطلاعات. اگر وضعیت مالی بیمار با استفاده از منابع داده های خارجی قابل ارزیابی نباشد، ممکن است لازم باشد بیمار اطلاعات شرح داده شده در درخواست برای برنامه MFA را ارسال کند تا بدین وسیله بتوان وضعیت مالی آنها را بررسی کرد.

5.4.2.1 اطلاعات کامل. احراز شرایط برای برنامه MFA به محض دریافت کلیه اطلاعات شخصی، مالی و اطلاعات دیگر تعیین خواهد شد.

5.4.2.2 اطلاعات ناقص. بیمار به صورت حضوری، توسط پست یا از طریق تلفن از ناقص بودن اطلاعات دریافت شده در صورت نیاز مطلع خواهد شد. بیمار می تواند ظرف مدت 30 روز از تاریخ ارسال اطلاعات، خاتمه مکالمه حضوری یا تماس تلفنی، اطلاعات تکمیلی را ارائه نماید.

5.4.2.3 عدم دسترسی به اطلاعات درخواستی. بیماری که به اطلاعات درخواستی توضیح داده شده در درخواست برنامه دسترسی نداشته باشد، می تواند با KFHP/H تماس گرفته و در مورد مدارک قابل دسترس دیگر که می تواند به احراز شرایط کمک کند، صحبت کند.

5.4.2.4 عدم وجود هیچگونه اطلاعات مالی. در صورتی که (1) منابع داده های خارجی وضعیت مالی بیمار را تعیین ننماید، (2) اطلاعات مالی درخواستی موجود نباشد و (3) هیچگونه اطلاعات دیگری که احراز شرایط را تأیید نماید وجود نداشته باشد، بیمار باید اطلاعات مالی اصلی (برای مثال درآمد، در صورت وجود و منبع آن) را ارائه نموده و به صحت آن شهادت دهد. اطلاعات مالی اصلی و شهادت از طرف بیمار مورد نیاز است در صورتی که وی:

5.4.2.4.1 بی خانمان باشد، یا

5.4.2.4.2 هیچگونه درآمدی ندارد، از طرف کارفرمای خود فیش حقوق رسمی دریافت نمی کند (به غیر از افرادی که خوداشتغال هستند)، هدایای مالی دریافت می کند، یا



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 6 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

نیازی به ارائه اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال یا ایالتی در سال های مالیاتی قبل نداشته است، یا

5.4.2.4.3 تحت تأثیر یک فاجعه ملی یا منطقه ای شناخته شده قرار گرفته است (به بخش 5.11 در زیر مراجعه کنید).

5.4.3 همکاری بیمار. بیمار باید هرگونه تلاش معقولانه را برای ارائه کلیه اطلاعات درخواستی انجام دهد. در صورتی که کلیه اطلاعات درخواستی ارائه نشود، وضعیت پیش آمده مورد بررسی قرار می‌گیرد و ممکن است به هنگام تعیین احراز صلاحیت مدنظر قرار گیرد.

5.5 تعیین صلاحیت احتمالی. بیماری که درخواست نداده باشد ممکن است براساس اطلاعات دیگری غیر از اطلاعات ارائه شده توسط بیمار، واجد شرایط برنامه MFA شود. اگر بیمار واجد شرایط تشخیص داده شود برای تأیید وضعیت مالی لازم نیست اطلاعات شخصی، مالی و سایر اطلاعات را ارائه نماید و ممکن است مزایای MFA به صورت خودکار به او تعلق گیرد. بیمار به طور پیش فرض واجد شرایط در نظر گرفته می‌شود اگر بیمار از پیش واجد شرایط شده باشد یا به شرح زیر به عنوان بد حساب شناخته شده باشد:

5.5.1 از پیش واجد شرایط شده. بیماری که براساس فرآیند غربالگری مالی واجد شرایط برنامه های کمک دولتی و خصوصی تعیین می‌شود، واجد شرایط برنامه MFA است. بیمار در صورتی از پیش واجد شرایط در نظر گرفته می‌شود که:

5.5.1.1 در یک برنامه MFA گروهی (CMFA) ثبت نام شده باشد و از طریق این مراکز به آن معرفی یا از پیش واجد شرایط شده باشد؛ (1) دولت فدرال، ایالتی یا محلی، (2) سازمان مرتبط با کامیونیتی، یا (3) در یکی از برنامه های درمانی کامیونیتی حمایت شده از طرف KFHP/H، یا

5.5.1.2 در یک برنامه مزیت گروهی KP ثبت نام شده باشد که برای حمایت از دسترسی به مراقبت برای بیماران با درآمد کم و پرسنل از پیش واجد شرایط توسط KFHP/H طراحی شده است، یا

5.5.1.3 در یک برنامه پوشش درمانی تعیین صلاحیت شده معتبر حضور داشته باشد (مانند برنامه Medicare Low Income Subsidy)، یا

5.5.1.4 مزایای MFA در طول مدت 30 روز گذشته به او تعلق گرفته باشد

5.5.2 به عنوان بد حساب شناخته شده باشد. پس از اتمام سایر منابع واجد شرایط بودن و منابع پرداخت، بیماری که در مرکز KP تحت مراقبت قرار گرفته است و نشانه هایی از مشکلات مالی در مورد او وجود دارد (به عنوان مثال بدهی قابل توجه معوق از گذشته) ممکن است با استفاده از منابع داده خارجی برای واجد شرایط بودن برنامه مورد بررسی قرار گیرد. در صورت واجد شرایط بودن، بیمار فقط برای بدهی قابل توجه واجد شرایط، مزایای MFA دریافت می‌کند. بدهی های قابل توجه برای خدمات واجد شرایط ممکن است برای وصول ارسال نشود، و مشمول اقدامات بیشتر وصول باشد یا در هزینه بدحسابی KP قرار گیرد.

5.6 معیارهای واجد شرایط بودن برنامه. همانطور که در ضمیمه پیوست بخش 5، معیارهای احراز صلاحیت به طور خلاصه بیان شده است، بیماری که برای MFA درخواست ارائه می‌کند، می‌تواند بر اساس معیارهای تعیین صلاحیت یا هزینه های بالای پزشکی واجد شرایط شناخته شود.

5.6.1 معیارهای تعیین صلاحیت. یک بیمار برای تعیین امکان برآورده نمودن معیارهای احراز صلاحیت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 7 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.6.1.1 احراز صلاحیت بر اساس سطح درآمد. بیماری که دارای درآمد ناخالص خانوار کمتر یا برابر معیارهای تعیین صلاحیت KFHP/H به شکل درصدی از خط فقر فدرال (Federal Poverty Guidelines, FPG) باشد واجد شرایط دریافت کمک مالی می باشد.

5.6.1.2 درآمد خانوار. شرایط لازم در مورد درآمد در مورد اعضای خانواده صدق می کند. خانواده به یک نفر یا گروهی از دو یا تعداد بیشتری از افراد گفته می شود که به واسطه تولد، ازدواج یا فرزند خواندگی با هم زندگی می کنند. اعضای خانوار می توانند شامل همسران، شریک زندگی واجد شرایط، فرزندان، بستگان سرپرست، فرزندان بستگان سرپرست و سایر افرادی باشند که فرد مجرد، همسر، شریک زندگی یا والدین از نظر مالی مسئول آنها است و در خانواده ساکن هستند.

5.6.2 معیارهای مربوط به هزینه بالای پزشکی. یک بیمار برای تعیین امکان برآورده نمودن شرایط مربوط به هزینه بالای پزشکی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

5.6.2.1 احراز صلاحیت بر اساس هزینه های بالای پزشکی. بیماری که دارای هر سطحی از درآمد ناخالص خانوار بوده و باید شخصاً هزینه های پزشکی و دارویی را به مدت بیش از 12 ماه و به مبلغی برابر یا بیشتر از ۱۰٪ از درآمد سالیانه خانوار پرداخت نماید، واجد شرایط کمک مالی خواهد بود.

5.6.2.1.1 هزینه های پرداختی از جیب KFHP/H. هزینه های پزشکی و دارویی پیش آمده در مراکز KP شامل سهم پرداخت، ودیعه، بیمه مشترک و کسورات مربوط به خدمات واجد شرایط.

5.6.2.1.2 هزینه های پرداختی از جیب برای خدمات غیر KFHP/H. هزینه های پزشکی، دارویی و هزینه معمول دندانپزشکی که در مراکز غیر KP ارائه می شود، در رابطه با خدمات واجد شرایط هستند و توسط بیمار ایجاد می شوند (بجز تخفیف ها یا موارد کاهش هزینه) مشمول این بخش هستند. لازم است بیمار اسنادی را در مورد هزینه های پزشکی برای خدمات دریافتی از مراکز غیر KP ارائه کند.

5.6.2.1.3 حق بیمه طرح درمانی. هزینه های پرداخت شده از جیب، شامل هزینه های مربوط به بیمه درمانی (یعنی مبالغ قابل پرداخت یا حق بیمه) نمی باشد.

5.7 موارد عدم پذیرش و درخواست تجدید نظر

5.7.1 موارد عدم پذیرش. بیماری که درخواست برنامه MFA نموده و معیارهای مربوط به احراز شرایط را برآورده نکند، از طریق نامه یا به صورت شفاهی در جریان رد درخواست برای MFA قرار خواهد گرفت.

5.7.2 نحوه درخواست بررسی مجدد عدم پذیرش MFA. بیماری که فکر می کند درخواست او یا اطلاعاتش به درستی مورد بررسی قرار نگرفته است می تواند درخواست بررسی مجدد تصمیم اتخاذ شده را ارائه کند. دستورالعمل های مربوط به تکمیل درخواست بررسی مجدد در نامه عدم پذیرش MFA موجود است. درخواست های بررسی توسط پرسنل تعیین شده توسط KFHP/H مورد بررسی قرار خواهند گرفت.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 8 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.8 ساختار کمک. مزایای MFA فقط در مورد معوقات گذشته یا بدهی های قابل توجه که قبل از معرفی بدحسابی شناسایی شده اند و مبالغ معوقه اعمال می شود. مزایای MFA همچنین ممکن است شامل یک دوره صلاحیت برای هر نوع خدمات پیگیری که توسط ارائه دهنده KP تعیین شده است باشد.

5.8.1 پایه و اساس مزایا. هزینه پرداختی بیمار از طریق مزایای MFA، بر اساس پوشش یا عدم پوشش مراقبت درمانی بیمار و همچنین درآمد خانوار بیمار تعیین می شود.

5.8.1.1 بیمار واجد شرایط MFA بدون پوشش بیمه سلامت (فاقد بیمه). بیمار واجد شرایط بدون بیمه برای همه خدمات واجد شرایط از تخفیف در هزینه بیمار برخوردار خواهد شد.

5.8.1.2 بیمار واجد شرایط MFA با پوشش بیمه سلامت (دارای بیمه). بیمار واجد شرایط که دارای بیمه است، در سهم پرداختی بیمار برای همه خدمات واجد شرایط (1) برای مواردی که بیمار شخصاً مسئول است و (2) برای مواردی که هزینه آنها توسط شرکت بیمه او پرداخت نمی شود، از تخفیف برخوردار خواهد بود. چنین بیماری باید اسنادی را ارائه کند، مانند توصیف مزایا (Explanation of Benefits, EOB)، تا امکان تعیین بخشی از صورتحساب که تحت پوشش بیمه نیست وجود داشته باشد.

5.8.1.2.1 پرداخت های دریافتی از طرف شرکت بیمه. بیمار دارای بیمه واجد شرایط باید با امضاء خود هرگونه پرداخت هزینه های ارائه شده توسط KFHP/H را که از شرکت بیمه خود دریافت می نماید، به KFHP/H انتقال دهد.

5.8.1.3 برنامه تخفیف. اطلاعات اضافی درباره تخفیف های موجود تحت این قوانین بیمه، در پیوست ضمیمه، بخش 5، جدول تخفیف خلاصه شده است.

5.8.1.4 بازپرداخت هزینه ها. KFHP/H بازپرداخت هزینه های پرداختی از طرف بیمه های شخص ثالث/بیمه شخصی، پرداخت کننده ها یا طرفین دیگر مسئول از نظر حقوقی را در صورت وجود پیگیری خواهد نمود.

5.8.2 مدت زمان اعتبار کمک. دوره واجد شرایط بودن برای خدمات پیگیری از تاریخ تأیید، یا تاریخ ارائه خدمات، یا تاریخ توزیع داروها آغاز می شود. مدت زمان واجد شرایط بودن فقط یک زمان محدود است و به صلاحدید KP به طرق مختلف تعیین می شود، از جمله:

5.8.2.1 دوره زمانی خاص. حداکثر مدت 365 روز برای خدمات پیگیری واجد شرایط و بدهی های قابل توجه بیمار قبل از معرفی بدحسابی.

5.8.2.2 پرستاری تخصصی و مراقبت متوسط. حداکثر 30 روز برای خدمات ارائه شده خارج از KP.

5.8.2.3 وسایل پزشکی بادوام. حداکثر مدت 180 روز برای وسایل پزشکی تأمین شده از سوی فروشنده.

5.8.2.4 دوره درمان یا دوره دریافت مراقبت. حداکثر 180 روز برای دوره های درمان مشخص و/ یا دوره های مراقبت که توسط ارائه کننده KP تعیین می شود.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 9 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

- 5.8.2.5 بیمارانی که ممکن است واجد شرایط برنامه های پوشش درمانی دولتی یا خصوصی باشند.** حداکثر مدت 90 روز برای کمک به بیمار در مدتی که آنها در حال اقدام برای برنامه پوشش درمانی دولتی و خصوصی هستند، در نظر گرفته می شود.
- 5.8.2.6 مزایای یک بار پرداختی دارو.** پیش از درخواست برای برنامه MFA، بیمار واجد شرایط مزایای یک بار پرداختی دارو می باشد اگر وی (1) مزایای MFA دریافت نکند، (2) داروی مربوط به نسخه تهیه شده توسط ارائه کننده KP را در داروخانه KFHP/H دریافت کند، و (3) اظهار ناتوانی در پرداخت هزینه نسخه خود را بنماید. مزایای یک بار پرداخت محدود به 30 روز است و شامل ارائه دوز معقولی از داروهای مناسب و تعیین شده توسط ارائه دهنده KP است.
- 5.8.2.7 درخواست تمدید مزایا.** با شروع از سی (30) روز قبل از تاریخ انقضای مزایای موجود و هر زمان بعد از این تاریخ، بیمار می تواند برای برنامه دوباره تقاضا دهد.
- 5.8.3 لغو کمک، فسخ کمک یا اصلاح کمک.** KFHP/H ممکن است مزایای MFA را تحت شرایط خاصی به تشخیص خود لغو، باطل یا اصلاح کند. این شرایط عبارتند از:
- 5.8.3.1 کلاهبرداری، دزدی، یا تغییر وضعیت مالی.** یک پرونده کلاهبرداری، تحریف واقعیت، دزدی، تغییر در وضعیت مالی بیمار یا شرایط دیگری است که تحت آن به تمامیت برنامه MFA آسیب برسد.
- 5.8.3.2 واجد شرایط برنامه های پوشش درمانی دولتی و خصوصی.** بیماری که برای برنامه های پوشش درمانی دولتی و خصوصی تحت غربالگری قرار گرفته، واجد شرایط در نظر گرفته می شود اما در مورد فرآیند تسلیم درخواست برای این برنامه ها همکاری نمی کند.
- 5.8.3.3 سایر منابع پرداختی شناسایی شده.** پوشش بیمه یا دیگر منابع پرداخت که پس از دریافت کمک MFA از سوی بیمار شناسایی می شوند، باعث می شوند هزینه خدمات واجد شرایط برای او در نظر گرفته شود و مجدداً با عطف به گذشته برای او قبض صادر شود. در این صورت برای آن بخش از صورت حساب (1) که بیمار شخصاً مسئول پرداخت آن است و (2) توسط شرکت بیمه یا دیگر منابع پرداخت، پرداخت نمی شود، مبلغی از او دریافت نخواهد شد.
- 5.8.3.4 تغییر در پوشش بیمه سلامت.** اگر در پوشش بیمه سلامت بیمار تغییری ایجاد شود، از او درخواست می شود مجدداً برای برنامه MFA اقدام کند.

5.9 محدودیت مربوط به هزینه ها. درخواست پرداخت کل هزینه (یعنی هزینه های ناخالص) از بیماران واجد شرایط MFA بابت هزینه های خدمات بیمارستانی واجد شرایط که در یک Kaiser Foundation Hospital ارائه شده است ممنوع می باشد. بیماری که خدمات بیمارستانی واجد شرایط را در یک Kaiser Foundation Hospital دریافت نموده و واجد شرایط برنامه MFA است، اما مزایای MFA را دریافت نکرده یا مزایای MFA را نپذیرفته است، بیشتر از مبلغی که معمولاً برای این خدمات صورت حساب داده می شود (amounts generally billed, AGB) مجبور به پرداخت هزینه نخواهد شد.

5.9.1 مبالغی که معمولاً در صورت حساب وارد می شود. مبالغی که معمولاً برای دریافت مراقبت اورژانسی یا لازم از نظر پزشکی (AGB) برای افرادی که برای این مراقبت تحت پوشش بیمه می باشند برایشان صورت حساب صادر می شود، توسط مراکز KP به همان شکل که در ضمیمه پیوست بخش VIII، بخش پایه و اساس



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 10 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

محاسبه مبلغی که معمولاً صورت حساب می شود (AGB) شرح داده شده است تعیین می گردند.

5.10 اقدامات وصول.

5.10.1 تلاش های معقولانه برای اطلاع رسانی. KFHP/H یا دفاتر وصول طلب به عنوان نماینده آن هرگونه تلاش معقولانه را در جهت اطلاع رسانی به بیماران در مورد طلب با موعد گذشته یا بدهی های قابل توجه در ارتباط با برنامه MFA انجام خواهند داد. این تلاش های معقولانه برای اطلاع رسانی عبارتند از:

5.10.1.1 ارسال یک اطلاعیه کتبی ظرف مدت 120 روز از اولین صورتحساب پس از مرخص شدن و مطلع نمودن دارنده حساب از این موضوع که MFA برای افرادی که واجد شرایط می باشند، قابل دسترسی است.

5.10.1.2 ارائه اطلاعیه کتبی حاوی لیستی از اقدامات فوق العاده وصول طلب (ECA, extraordinary collection actions) که KFHP/H یا آژانس وصول طلب قرار است برای پرداخت بدهی هزینه بیمار آغاز کند، و همچنین مهلت مقرر برای چنین اقداماتی که تا 30 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه کتبی اتفاق نخواهد افتاد.

5.10.1.3 ارائه خلاصه ای از قوانین MFA به زبان ساده به همراه اولین صورت حساب بیمارستان برای بیمار.

5.10.1.4 سعی در اطلاع رسانی به دارنده حساب به صورت شفاهی در مورد قوانین MFA و نحوه گرفتن کمک از طریق فرآیند تسلیم درخواست MFA.

5.10.1.5 تعیین صلاحیت برنامه در صورت درخواست، قبل از اینکه مبلغ معوقه یا بدهی قابل توجه بیمار، به یک آژانس وصول طلب منتقل شود.

5.10.2 تعلیق اقدامات فوق العاده وصول طلب. KFHP/H اقدامات فوق العاده وصول طلب (ECA) را از طرف خود علیه یک بیمار به جریان نمی اندازد یا مجوز انجام این اقدامات را به آژانس های وصول طلب نخواهد داد، اگر بیمار:

5.10.2.1 دارای مزایای MFA فعال باشد، یا

5.10.2.2 یک درخواست MFA را پس از شروع ECAها به جریان انداخته باشد. ECAها تا زمان تعیین تکلیف نهایی در مورد احراز شرایط تعلیق خواهند شد.

5.10.3 اقدامات مجاز فوق العاده وصول طلب.

5.10.3.1 تعیین تکلیف نهایی در مورد تلاش های معقولانه. پیش از شروع ECAها، مدیر منطقه ای خدمات مالی چرخه درآمد بیمار اطمینان حاصل می نماید که موارد زیر اتفاق افتاده باشد:

5.10.3.1.1 انجام تلاش های معقولانه برای اطلاع رسانی به بیمار در مورد برنامه MFA، و

5.10.3.1.2 حداقل 240 روز از تاریخ اولین صورت حساب به بیمار فرصت داده شده باشد که برای MFA درخواست بدهد.

5.10.3.2 گزارش به آژانس های اعتبار مصرف کننده یا دفاتر اعطای اعتبار. KFHP/H یا آژانس وصول طلب به نمایندگی از آن می تواند اطلاعات مخاطره آمیزی را به دفاتر اعطای اعتبار یا دفاتری که گزارش اعتبار مصرف کننده را ارائه می کنند، ارائه کند.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 11 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.10.3.3 اقدامات قضایی یا مدنی. پیش از شروع به انجام هرگونه اقدام قضایی یا مدنی، KFHP/H وضعیت مالی بیمار را از طریق استفاده از منابع داده های خارجی بررسی خواهد نمود تا بدین وسیله شرایط وی را برای برنامه MFA احراز نماید.

5.10.3.3.1 واحد شرایط برای MFA. علیه بیمارانی که برای برنامه MFA واحد شرایط هستند هیچ اقدام دیگری انجام نمی شود. حساب هایی که برای MFA واحد شرایط هستند، لغو می شوند و با بررسی شرایط قبلی برگردانده می شوند.

5.10.3.3.2 واحد شرایط نبودن برای MFA. در موارد بسیار محدود، اقدامات زیر با تایید قبلی مسئول منطقه ای بخش مالی یا بازرس انجام خواهد گرفت:

5.10.3.3.2.1 توقیف دستمزد

5.10.3.3.2.2 اقدامات مدنی/ تشکیل پرونده. اقدام حقوقی علیه کسی که بیکار بوده یا دارای درآمد قابل ملاحظه دیگری نباشد، صورت نخواهد گرفت.

5.10.3.3.2.3 تصرف محل سکونت.

5.10.4 اقدامات غیرمجاز فوق العاده وصول طلب. KFHP/H برای انجام اقدامات زیر تحت هیچ شرایطی وارد عمل نشده و مجوز آن را ارائه نمی کند، و برای انجام آن از آژانس های وصول طلب استفاده نمی کند:

5.10.4.1 تعویق، رد یا نیاز به پرداخت به واسطه عدم پرداخت بدهی قبلی دارنده حساب پیش از ارائه مراقبت اورژانسی و لازم از نظر پزشکی.

5.10.4.2 فروش بدهی یک صاحب حساب به شخص ثالث.

5.10.4.3 ضبط ملک یا توقیف حساب.

5.10.4.4 درخواست حکم دستگیری.

5.10.4.5 درخواست احضار شخص به دادگاه.

5.11 واکنش به فاجعه. KFHP/H ممکن است به طور موقت معیارهای واحد شرایط بودن برنامه MFA و فرآیندهای درخواست خود را تغییر دهد تا دسترسی جوامع و بیماران آسیب دیده از یک رویداد شناخته شده که از نظر ایالت یا دولت فدرال به عنوان یک فاجعه شناخته شده است، به کمک ها افزایش یابد.

5.11.1 تغییرات احتمالی در شرایط صلاحیت. تغییرات موقت در معیارهای صلاحیت MFA ممکن است شامل موارد زیر باشد:

5.11.1.1 تعلیق محدودیت های واحد شرایط بودن

5.11.1.2 افزایش آستانه معیارهای تعیین صلاحیت.

5.11.1.3 کاهش آستانه معیارهای هزینه پزشکی بالا.

5.11.2 تغییرات در فرآیند کاربرد بالفوه. تغییرات موقت در روند درخواست MFA ممکن است شامل موارد زیر باشد:



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 12 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

5.11.2.1 به بیمار این امکان داده می‌شود که اطلاعات مالی اصلی (برای مثال درآمد، در صورت وجود و منبع آن) را ارائه نموده و به صحت آن شهادت دهد زمانی که (1) منابع داده های خارجی تعیین کننده وضعیت مالی وی نباشند، (2) اطلاعات مالی درخواستی موجود نباشد و (3) هیچگونه اطلاعات دیگری که احراز شرایط را تایید نماید وجود نداشته باشد.

5.11.2.2 با در نظر گرفتن تأثیر از دست دادن درآمد/اشتغال در آینده بر اثر رویداد در هنگام تعیین درآمد خانوار.

5.11.3 اطلاعات در دسترس عموم. اطلاعات توصیف کننده تغییرات موقت برنامه MFA در وبسایت برنامه MFA و در مراکز KP در مناطق آسیب دیده در دسترس عموم قرار می گیرد.

6.0 منابع / ضمايم

- 6.1** ضمیمه A - واژه نامه.
- 6.2** قوانین، مقررات و منابع
- 6.2.1** قانون محافظت از بیمار و مراقبت با قیمت مناسب، قوانین عمومی 111-148 (Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148) ([2010] 124 Stat. 119)
- 6.2.2** دستورالعمل های مربوط به خط فقر سالانه فدرال و آمار فدرال (Federal Register and the Annual Federal Poverty Guidelines)
- 6.2.3** انتشارات اعلامیه خدمات درآمد داخلی، دستورالعمل های 2014 جدول H (Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H) (فرم 990)
- 6.2.4** اعلامیه خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service Notice) 2010-39
- 6.2.5** قانون خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service Code)، CFR 26 بخش های 1، 53 و 602، RIN 1545-BK57؛ RIN 1545-BL30؛ RIN 1545-BL58 - شرایط تکمیلی در مورد بیمارستان های خیریه
- 6.2.6** انجمن بیمارستان کالیفرنیا - سیاستهای کمک مالی بیمارستان و قوانین مزایای گروهی، ویرایش ۲۰۱۵ (California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition)
- 6.2.7** اتحادیه کاتولیک سلامت ایالات متحده - راهنمایی برای برنامه ریزی و گزارش مزیت گروهی، ویرایش ۲۰۱۲ (A) Catholic Health Association of the United States – A) (Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition)
- 6.3** لیست ارائه دهندگان
- 6.3.1** لیست ارائه دهندگان خدمات در وب سایت های KFHP/H برای موارد زیر موجود است:
 - 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



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 13 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

ضمیمه A واژه نامه

MFA گروهی (CMFA) عبارت است از برنامه های مراقبت خیریه برنامه ریزی شده که با سازمان های کامیونیتی-محور و شبکه ایمنی همکاری می کنند و به منظور ارائه خدمات مراقبت خیریه به افراد کم درآمد بدون بیمه و بیماران دارای بیمه ناکافی در مراکز KP ایجاد شده اند.

آژانس وصول طلب به شخصی گفته می شود که با اقدام مستقیم یا غیرمستقیم، اقدام به وصول بدهی یا اقدام به وصول طلب یا طلب مورد ادعا، به یک طلبکار یا خریدار بدهی می کند.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) شامل و نه محدود به عصاهای معمولی، چوب زیربغل، نیولایزر، کالاهای مخصوص فرد ذینفع، ابزارهای کششی که برای استفاده در خانه به درب نصب می شوند، ویلچیرها، واکرها، تخت های بیمارستانی، و اکسیژن برای استفاده در خانه طبق معیارهای DME می باشد. DME شامل وسایل ارتوتیک، پروتز (برای مثال وسایل شکسته بندی و حنجره مصنوعی و لوازم مربوطه) و اقلام بدون نسخه و کالاهای نرم (برای مثال وسایل ارولوژی و کالاهای مخصوص زخم) نمی باشد.

بیمار واجد شرایط فردی است که معیارهای احراز صلاحیت توصیف شده در این قوانین پوشش را برآورده نماید چه در صورتی که بیمار (1) تحت پوشش بیمه نباشد (2) یا از طریق برنامه دولتی تحت پوشش باشد (برای مثال Medicare, Medicaid یا پوشش درمانی خریداری شده دارای کمک دولتی از طریق تبادل اطلاعات پزشکی) یا (3) تحت پوشش طرح درمانی دیگری به غیر از KFHP باشد یا (4) تحت پوشش KFHP باشد.

منابع داده های خارجی فروشندگان طرف ثالثی هستند که برای بررسی اطلاعات شخصی بیمار به منظور ارزیابی نیاز مالی او از طریق مدلی مبتنی بر بانک های اطلاعاتی عمومی که هر بیمار را بر اساس استانداردهای یکسان جهت محاسبه امتیاز ظرفیت مالی بیمار ارزیابی می کند، استفاده می شوند.

دستورالعملهای فدرال فقر (FPG) سطح درآمد سالانه برای فقر را که توسط اداره خدمات انسانی و بهداشت ایالات متحده تعیین می شود ارائه نموده و به صورت سالانه در آمار فدرال به روز رسانی می شود.

مشاوره مالی فرآیندی است که برای کمک به بیماران برای یافتن گزینه های پوشش درمانی و مالی مختلف برای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده در مراکز KP ارائه می شود. بیمارانی که می توانند مشاوره مالی دریافت کنند، شامل و نه محدود به افراد خودپرداز، فاقد بیمه، بدون بیمه کافی و کسانی که ناتوانی خود را برای پرداخت کامل هزینه های بیماری اعلام کرده اند، می شوند.

بی خانمان وضعیت شخصی را بیان می نماید که در یکی از اماکن یا وضعیت های توصیف شده در زیر زندگی می کند:

- در محل هایی که برای اسکان انسانی در نظر گرفته نشده است، مانند خودرو، پارک، پیاده رو، ساختمان های متروکه (در خیابان)؛ یا
- در پناهگاه های اضطراری؛ یا
- در خانه موقت یا حمایتی برای افراد بی خانمان که قبلاً در خیابان ها یا پناهگاه های اضطراری زندگی می کردند.
- در هر یک از اماکن فوق، اما برای مدت کوتاه (تا 30 روز متوالی) در یک بیمارستان یا مؤسسه دیگر اقامت دارد.
- در یک هفته آینده از یک محل خصوصی اخراج خواهد شد یا از یک وضعیت خشونت خانگی فرار می کند و محل دیگری برای زندگی ندارد و دارای منابع و شبکه حمایتی مورد نیاز برای یافتن محل سکونت نیست.
- در یک هفته آینده از یک مؤسسه مانند مرکز روان درمانی یا ترک اعتیاد مرخص می شود، جایی که به مدت بیش از 30 روز پی در پی در آن بوده و دارای محل سکونت دیگر و منابع و شبکه حمایتی مورد نیاز برای یافتن محل سکونت نمی باشد.

KP شامل Kaiser Foundation Hospitals و کلینیک های وابسته به بیمارستان، Kaiser Foundation Health Plans، Permanente Medical Groups و زیرمجموعه های مربوطه آنها به استثناء Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) می باشد.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 14 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

**ضمیمه A
واژه نامه (ادامه)**

مراکز KP شامل هر یک از مکان های فیزیکی از جمله داخل و خارج ساختمان تحت مالکیت یا در اجاره KP که کارهای مربوط به KP شامل مراقبت از بیماران را انجام می دهد (برای مثال ساختمان یا طبقه KP، واحد یا داخل و خارج ساختمان غیر KP) می شود.

تعیین صلاحیت روشی است که در آن منابع داده های خارجی یا اطلاعات ارائه شده توسط بیمار مورد استفاده قرار می گیرد تا احراز صلاحیت برای برنامه پوشش عمومی یا MFA بر اساس این موضوع که درآمد شخص بیشتر از درصد تعیین شده در دستورالعمل های خط فقر فدرال می باشد یا خیر مشخص شود.

کمک مالی درمانی (MFA) کمک نقدی برای پرداخت هزینه های پزشکی به بیماران واجد شرایطی است که قادر به پرداخت کل یا بخشی از هزینه خدمات، محصولات یا داروهای پزشکی لازم نبوده یا منابع پرداخت کنندگان دولتی و خصوصی را به طور کامل مصرف نموده اند. افراد باید معیارهای برنامه را برای دریافت کمک برای پرداخت کل یا بخشی از هزینه مراقبت بیمار، برآورده نمایند.

کالاهای پزشکی عبارت است از مواد پزشکی غیر قابل مصرف مجدد مانند اسپلینت، اسلینگ، پوشش زخم و بانداژهایی که توسط ارائه دهندگان مراقبت درمانی ذیصلاح استفاده شده و برای ارائه خدمات لازم از نظر پزشکی مورد استفاده قرار می گیرد، به استثناء مواد خریداری شده یا به دست آمده توسط بیمار از منبع دیگر.

هزینه بیمار به معنای بخشی از هزینه هایی است که بابت مراقبت ها در مراکز KP از بیمار دریافت می شود (به عنوان مثال، بیمارستان ها، کلینیک های وابسته به بیمارستان ها، مراکز پزشکی، ساختمان های مطب پزشکان و داروخانه های سرپایی) و توسط بیمه یا برنامه بهداشتی درمانی با بودجه دولتی بازپرداخت نمی شود.

چشم پوشی کننده داروخانه کمک مالی به اعضای کم درآمد KP Senior Advantage Medicare بخش D ارائه می نماید که توانایی پرداخت سهم خود از هزینه داروهای نسخه ای برای مداوای سرپایی را که تحت پوشش Medicare بخش D می باشد، ندارند.

شبکه ایمنی عبارت است از شبکه ای از سازمان های غیرانتفاعی و/ یا ادارات دولتی که خدمات مراقبت درمانی مستقیم به افراد بدون بیمه یا دارای بیمه ناکافی در یکی از مراکز کامیونیتی مانند بیمارستان دولتی، کلینیک کامیونیتی، کلیسا، پناهگاه بی خانمان ها، واحدهای بهداشتی متحرک، مدرسه و محل های دیگر ارائه می نمایند.

فرد دارای بیمه ناکافی شخصی است که علی رغم داشتن پوشش بیمه درمانی مجبور به پرداخت حق بیمه، پرداخت مشترک، سهم بیمه مشترک و کسوراتی می باشد که مبلغ پرداختی از جیب برای وی بار مالی داشته و باعث تأخیر یا عدم دریافت خدمات مراقبت درمانی لازم می شود.

فرد بدون بیمه شخصی است که بیمه درمانی یا کمک مالی حمایت شده از طرف دولت فدرال یا ایالتی برای پرداخت هزینه خدمات درمانی را دارا نمی باشد.

افراد آسیب پذیر شامل آن دسته از افراد می باشد که سلامت و رفاهشان به دلیل پایگاه اجتماعی-اقتصادی، بیماری، قومیت، سن یا عوامل دیگری که فرد را ناتوان می سازد، به میزان بیشتری نسبت به افراد عادی در خطر قرار دارد.

احضاریه برای حضور در دادگاه فرآیندی است که طبق دستور دادگاه مجوز انتقال فرد دارای جرم مدنی به دادگاه داده می شود و مانند حکم دستگیری می باشد.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 15 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

ضمیمه: Kaiser Permanente Southern California

تاریخ اجرایی شدن ضمیمه: 1 فوریه 2021

I. Kaiser Foundation Hospitals. این قوانین در مورد کلیه مراکز KFHP/H (به عنوان مثال بیمارستان ها، کلینیک های وابسته به بیمارستان ها، مراکز درمانی و ساختمان های مطب پزشکان) و داروخانه های سرپایی اعمال می شود. Kaiser Foundation Hospitals در جنوب کالیفرنیا شامل موارد زیر هستند:

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

تذکر: بیمارستان های Kaiser Foundation Hospitals مطابق با خط مشی قیمت گذاری منصفانه بیمارستان (Hospital Fair Pricing Policies) در آیین نامه ایمنی و بهداشت کالیفرنیا (California Health & Safety Code) § 127400 می باشد.

II. خدمات تکمیلی که طبق قوانین MFA واجد شرایط هستند و نیستند.

a. **رفت و آمد برای بیماران بی خانمان.** در دسترس بیمار بی خانمان برای وضعیت های اورژانسی و غیراورژانسی برای ترخیص از بیمارستان های KP یا بخش های اورژانس KP.

b. **خدمات تکمیلی دیگری که واجد شرایط نیستند.**

i. سمعک

ii. لوازم کمک بینایی

iii. **هزینه های مرتبط با سهم هزینه (Share of Cost, SoC) Medi-Cal** به

عنوان بخش جدایی ناپذیر برنامه Medi-Cal طراحی شده تا مزایای مراقبت درمانی را برای کمک به افراد ذینفع Medi-Cal که در آستانه بالایی محدوده درآمد قرار دارند، ارائه نماید. MFA را نمی توان به مبالغ SoC اعمال کرد، زیرا SoC توسط دولت تعیین می شود و مبلغی است که بیمار باید قبل از واجد شرایط بودن خود برای Medicaid پرداخت کند.

III. ارائه دهندگانی که مشمول مجموعه قوانین MFA هستند و نیستند. این لیستی از ارائه

دهندگان در بیمارستان های Kaiser Foundation Hospitals است که مشمول پوشش MFA هستند یا نیستند و به طور رایگان در وب سایت KFHP/H MFA به آدرس www.kp.org/mfa/scal در دسترس عموم است.

IV. اطلاعات برنامه و درخواست برای MFA. اطلاعات برنامه MFA شامل نسخه هایی از مجموعه

قوانین MFA، فرم های درخواست، دستور العمل ها و خلاصه هایی به زبان ساده (بروشورهای برنامه) به صورت رایگان و به صورت الکترونیکی یا نسخه های چاپی در دسترس عموم قرار می گیرد. بیمار می تواند در طول دریافت مراقبت از طرف KFHP/H یا پس از آن، به اشکال مختلف شامل حضوری، تلفنی یا کتبی، تقاضای خود را ارائه کند. (به بخش های 5.3 و 5.4 در بالا مراجعه کنید).



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 16 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

a. **درخواست آنلاین را از وب سایت KFHP/H تکمیل و ارسال کنید.** یک بیمار می تواند در خواست را به صورت الکترونیکی آغاز و اطلاعات آن را ارسال کند این کار را می توان از وبسایت MFA به آدرس www.kp.org/mfa/scal.

b. **دانلود اطلاعات برنامه از وبسایت KFHP/H.** نسخه های الکترونیکی اطلاعات برنامه در وبسایت MFA به این آدرس موجود می باشد www.kp.org/mfa/scal.

c. **درخواست اطلاعات برنامه به صورت الکترونیکی.** نسخه های الکترونیکی اطلاعات برنامه را می توانید به صورت ایمیل درخواست کنید.

d. **دریافت اطلاعات برنامه یا ارائه درخواست به صورت حضوری.** اطلاعات برنامه در دفاتر پذیرش و بخش اورژانس در بیمارستان های Kaiser Foundation Hospitals در دسترس می باشد. لیست این مراکز در بخش ۱، *Kaiser Foundation Hospitals* موجود می باشد.

e. **درخواست اطلاعات برنامه یا ارائه درخواست از طریق تلفن.** مشاورین از طریق تلفن می توانند اطلاعات را ارائه کرده، صلاحیت افراد را برای MFA تعیین کنند و به بیمار کمک کنند برای MFA درخواست ارائه کند. مشاورین از طریق زیر در دسترس می باشند: شماره تلفن (های): 1-800-390-3507

f. **درخواست اطلاعات برنامه یا ارائه درخواست از طریق نامه.** بیمار می تواند با ارسال فرم درخواست کامل برنامه MFA از طریق پست، اطلاعات برنامه را درخواست کرده و برای MFA اقدام کند. درخواست برای دریافت برنامه و درخواست برای ثبت نام را می توانید به این آدرس ارسال کنید:

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

g. **تحويل درخواست تکمیل شده به صورت حضوری.** درخواست های تکمیل شده را می توانید به صورت حضوری به دفتر پذیرش در هر یک از بیمارستان های Kaiser Foundation Hospital تحويل دهید.

v. **معیارهای احراز صلاحیت.** درآمد خانوار بیمار به هنگام تعیین صلاحیت MFA مد نظر قرار می گیرد. (رجوع به بخش 5.6.1 در بالا).

a. معیارهای تعیین صلاحیت: تا ۲۵۰٪ دستورالعمل فدرال فقر

b. اعضای KFHP که دارای کسوراتی می باشند باید معیار هزینه بالای پزشکی را برآورده نمایند تا بتوانند واجد شرایط برنامه شوند.

vi. **برنامه تخفیف.** مبالغی که KP برای بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی پزشکی منظور می کند، براساس نوع معیارهای صلاحیت استفاده شده برای واجد شرایط شدن بیمار در برنامه تعیین می شود.

a. **بیمار دارای معیارهای تعیین صلاحیت است.** بیماری که معیارهای تعیین صلاحیت را داشته باشد از 100٪ تخفیف در سهم هزینه بیمار یا بخشی از هزینه های خدمات ارائه شده که بیمار مسئول آنها است، برخوردار است.

b. **بیمار دارای معیار مربوط به هزینه بالای پزشکی است.** بیماری که معیارهای مربوط به هزینه بالای پزشکی داشته باشد از 100٪ تخفیف در سهم هزینه بیمار یا بخشی از هزینه های خدمات ارائه شده که بیمار مسئول آنها است، برخوردار است.



شماره مجموعه قوانین: NATL.CB.307	عنوان مجموعه قوانین: کمک مالی پزشکی
تاریخ اعمال: 1 فوریه 2021	سازمان مالک: National Community Benefit
صفحه: 17 از 17	متولی: مدیر کمک مالی پزشکی

.VIII مبنای محاسبه مبالغی که عموماً صورتحساب می شوند (AGB). KFHP/H مبلغ AGB را برای هرگونه مراقبت اورژانسی یا لازم از نظر پزشکی، با استفاده از روش بازنگری با حاصل ضرب هزینه‌های ناخالص برای مراقبت در نرخ AGB تعیین خواهد نمود. اطلاعات مربوط به نرخ AGB و محاسبات در وب سایت KFHP/H MFA به آدرس www.kp.org/mfa/scal موجود است.

.IX مبالغ مرجوعی. اگر بیمار اقدام کند و برای MFA تأیید شود، برای هر مبلغی که بیش از مبلغی باشد که KFHP/H انتظار دارد توسط Medicare یا Medi-Cal یا دیگر پرداخت کننده های دولتی برای خدمات بیمارستانی و/یا حرفه ای پرداخت شود، به او برگردانده خواهد شد.

a. بهره باید بر اساس نرخ تعیین شده در بخش 685.010 آیین نامه فرایند مدنی محاسبه شود و از تاریخ دریافت پرداخت توسط بیمار از سوی بیمارستان در نظر گرفته می‌شود. نرخ فعلی 10٪ می باشد.