

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>1 de 25</b>

## 1.0 Declaración de la Póliza

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) y Kaiser Foundation Hospitals (KFH) 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 no 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 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

**3.1** Esta póliza se aplica a los empleados de las siguientes entidades y sus compañías subsidiarias (denominadas colectivamente "KFHP/H"):

**3.1.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.;

**3.1.2** Kaiser Foundation Hospitals; y

**3.1.3** las subsidiarias de KFHP/H.

**3.2** Esta política se aplica a los hospitales de Kaiser Foundation Hospitals y a las clínicas afiliadas a los hospitales que se enumeran en los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

## 4.0 Definiciones

Consulte el *Apéndice B: Glosario de términos*.

## 5.0 Disposiciones

KFHP/H ofrece un programa MFA sujeto a la comprobación de recursos con el fin de mitigar las limitaciones económicas que impiden el acceso a la 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 alguna incapacidad, de su sexo, raza, religión, estado migratorio, orientación sexual y nacionalidad, y de si tiene cobertura de salud.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>2 de 25</b>

## 5.1 Servicios Elegibles y No Elegibles Conforme a la Póliza de MFA.

**5.1.1 Servicios Elegibles.** La MFA puede aplicarse a algunos (1) servicios de atención de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico, (2) servicios y productos de farmacia, y (3) suministros médicos brindados en los centros de atención de Kaiser Permanente (KP) (por ejemplo, hospitales, clínicas afiliadas a los hospitales, centros médicos y edificios de oficinas médicas), en las farmacias para pacientes ambulatorios de KFHP/H o por medio de proveedores de KP, como se describe a continuación:

### 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 condición médica y no principalmente por comodidad del paciente o del proveedor de atención médica.

**5.1.1.2 Recetas y Suministros de Farmacia.** Recetas presentadas en una farmacia para pacientes ambulatorios de KFHP/H y escritas por proveedores de KP, proveedores de departamentos de emergencias no pertenecientes a KP, proveedores de atención de urgencia no pertenecientes a KP, proveedores contratados de KP, un doctor en medicina dental (Doctor of Medicine in Dentistry, DMD) y un doctor en cirugía dental (Doctor of Dental Surgery, DDS).

**5.1.1.2.1 Medicamentos Genéricos.** Se prefiere el uso de medicamentos genéricos, siempre que sea posible.

**5.1.1.2.2 Medicamentos de Marca.** Los medicamentos de marca recetados por un proveedor de KP son elegibles cuando:

**5.1.1.2.2.1** dice "Surtirlo como dice la receta" (Dispense as Written, DAW); o

**5.1.1.2.2.2** no hay un equivalente genérico disponible.

**5.1.1.2.3 Suministros de Farmacia o Medicamentos de Venta sin Receta.** Estos productos son elegibles cuando:

**5.1.1.2.3.1** un proveedor de KP escribió la receta u orden;

**5.1.1.2.3.2** el producto se surte en una farmacia para pacientes ambulatorios de KP; y

**5.1.1.2.3.3** el producto está disponible regularmente en la farmacia de KP.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>3 de 25</b>

**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.

**5.1.1.2.5 Medicamentos Dentales.** Medicamentos para pacientes ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico recetados por un DMD o DDS para el tratamiento de servicios dentales.

**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 KFHP/H a un paciente que reúne los criterios de necesidad desde el punto de vista médico. Se limita a productos disponibles regularmente en los centros de atención de KP.

**5.1.1.4 Clases de Educación para la Salud.** Las tarifas asociadas con las clases disponibles programadas y proporcionadas por KP que recomiende un proveedor de KP como parte del plan de atención del paciente.

**5.1.1.5 Servicios Disponibles a modo de Excepción.** En ciertas situaciones que constituyan una excepción, la MFA se podría aplicar a (1) servicios de enfermería especializada, de atención intermedia y de custodia brindados en centros de atención que no sean de KP; y (2) DME recetado u ordenado por un proveedor de KP y suministrado por un proveedor contratado como se describe a continuación. Para calificar para la excepción, es necesario que el paciente cumpla el criterio de gastos médicos altos descritos en la Sección 5.6.2 a continuación.

**5.1.1.5.1 Servicios de Enfermería Especializada, de Atención Intermedia y de Custodia.** Prestados por un centro de atención contratado de KP a un paciente que tenga una necesidad médica indicada para facilitar el alta hospitalaria.

**5.1.1.5.2 Equipo Médico Duradero (DME).** DME suministrado por proveedores y ordenado por un proveedor de KP conforme a las pautas de DME, y suministrado por un proveedor contratado mediante el Departamento de DME de KFHP/H.

**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.** La siguiente es una lista no exhaustiva de ejemplos de servicios que no son de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico:

Información Confidencial. Kaiser Permanente. Todos los derechos reservados.

Se prohíbe la publicación, duplicación, divulgación o uso para cualquier propósito no autorizado expresamente por escrito.

Las copias impresas son solo de referencia. Consulte la copia electrónica para ver la última versión aprobada.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>4 de 25</b>

- 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 y servicios relacionados, incluidos los de diagnóstico;
  - 5.1.2.1.3 suministros médicos al por menor;
  - 5.1.2.1.4 terapias alternativas, incluidos 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;
  - 5.1.2.1.7 servicios relacionados con casos de responsabilidad civil de terceros, de protección de seguros personales o de compensación del trabajador;
  - 5.1.2.1.8 **servicios para pacientes con un seguro médico que no es de KP;** servicios que no son de emergencia ni de urgencia y suministros de farmacia para pacientes ambulatorios cubiertos por una cobertura de salud que no es de KP y que haga necesario que los pacientes usen una red específica de proveedores y farmacias preferidos que no son de KP.
- 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:
- 5.1.2.2.1 medicamentos que no ha aprobado el Comité de Farmacia y Terapéutica;
  - 5.1.2.2.2 suministros y medicamentos de venta sin receta no indicados ni ordenados por un proveedor de KP;
  - 5.1.2.2.3 medicamentos y suministros de venta sin receta que no están disponibles regularmente en la farmacia de KP y que deben pedirse de forma especial;
  - 5.1.2.2.4 medicamentos recetados relacionadas con casos de responsabilidad civil de terceros, de protección de seguros personales o de compensación del trabajador;
  - 5.1.2.2.5 medicamentos excluidos de forma específica (por ejemplo, que estén relacionados con la fertilidad, estética o disfunción sexual).

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>5 de 25</b>

**5.1.2.3 Medicamentos Recetados para Afiliados de Medicare Parte D que Sean Elegibles o Estén Inscritos en el Programa Low Income Subsidy (LIS).** El costo compartido restante de los medicamentos recetados para afiliados de Medicare Advantage Parte D que sean elegibles para el programa LIS o estén inscritos en él, 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 prestados en los centros de atención de KP o por parte de proveedores de KP. Aunque reciba una referencia de un proveedor para recibirlos, ninguno de los demás servicios es elegible para MFA. Los servicios prestados en consultorios médicos, 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 a menos que se identifiquen como excepción conforme la Sección 5.1.1.5 anterior.

**5.1.2.5 Equipo Médico Duradero (DME).** El DME suministrado por un proveedor contratado está excluido sin importar si lo ordenó un proveedor de KP, a menos que se identifique como excepción conforme la Sección 5.1.1.5 anterior.

**5.1.2.6 Servicios de Transporte y Gastos de Traslado.** El programa MFA no brinda asistencia para pagar el transporte de emergencia o que no es de emergencia ni los gastos relacionados con el traslado (es decir, alojamiento y comidas).

**5.1.2.7 Primas del Plan de Salud.** El programa MFA no brinda asistencia para pagar los gastos relacionados con la cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o las primas).

**5.1.3** Hay información adicional sobre los servicios y productos elegibles y no elegibles específicos de las regiones en el Anexo correspondiente. Consulte los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

**5.2 Proveedores.** La MFA se aplica solo a los servicios elegibles prestados por proveedores de atención médica a los que se aplica la póliza de MFA. Consulte los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

**5.2.1 Fuentes de Información del Programa y Cómo Solicitar la Participación en MFA.** Hay información adicional sobre el programa MFA y cómo solicitarlo en el Anexo correspondiente. Consulte los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>6 de 25</b>

**5.2.2 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/H, por correo electrónico, en persona o por correo postal de EE. UU.

**5.2.3 Inscripción a MFA.** Para solicitar la participación en el programa MFA, el paciente debe demostrar una necesidad inmediata a causa de una factura por un saldo pendiente por servicios de KP, una cita programada con KP o un medicamento recetado ordenado por un proveedor de KP para servicios elegibles como se indicó anteriormente. El paciente puede solicitar la participación en el programa MFA de varias maneras, incluidas en línea, en persona, por teléfono o mediante una solicitud impresa.

**5.2.3.1 Programa MFA de KP.** Los pacientes deben solicitar la participación en el programa MFA en el área de servicio de KP en la que reciben los servicios de KP.

**5.2.3.2 Evaluación de Pacientes para Determinar su Elegibilidad para Programas Públicos y Privados.** KFHP/H recomienda que todas las personas obtengan cobertura de salud para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para la salud personal en general y para la protección de los bienes de los pacientes. KFHP/H ayudará a los pacientes no asegurados, o a sus garantes, a identificar y solicitar los programas de asistencia disponibles, incluidos Medicaid y la cobertura disponible por medio del Intercambio de Beneficios de Salud. Es posible que un paciente que se considere elegible para Medicaid o la cobertura disponible por medio del Intercambio de Beneficios de Salud deba presentar una solicitud para esos programas. Los pacientes que se encuentren en una situación económica que exceda los parámetros de ingresos para la elegibilidad de Medicaid no tendrán que solicitar Medicaid.

**5.3 Información Necesaria para Inscribirse en MFA.** Para verificar la situación económica del paciente y determinar si es elegible para el programa MFA, para Medicaid y para la cobertura subsidiada disponible por medio del Intercambio de Beneficios de Salud, se requiere la información personal y financiera completa del paciente, entre otros datos. La situación económica del paciente se verifica cada vez que solicita asistencia.

**5.3.1 Suministro de Información Financiera.** Los pacientes deben incluir información relacionada con el tamaño y los ingresos de la familia en la solicitud de MFA; sin embargo, la presentación de documentación financiera para permitir la verificación de la situación financiera es opcional, a menos que KP lo solicite específicamente.

**5.3.1.1 Verificación de la Situación Económica sin Documentación Financiera.** En caso de que no se incluya documentación financiera en la solicitud de MFA, la situación

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>7 de 25</b>

económica del paciente se verificará mediante el uso de fuentes de datos externas. Si la situación económica del paciente no se puede verificar mediante el uso de fuentes de datos externas, es posible que se le solicite al paciente que presente la documentación financiera indicada en la solicitud del programa MFA para permitir la verificación de su situación económica.

**5.3.1.2 Verificación de la Situación Económica con Documentación Financiera.** Si se incluye documentación financiera con la solicitud de MFA, la elegibilidad se basará en la información proporcionada.

**5.3.2 Proporcionar Información Completa.** La elegibilidad para el programa MFA se determinará una vez que se haya recibido toda la información personal, financiera, etc. que requiera el programa.

**5.3.3 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. La MFA puede negarse debido a la falta de información.

**5.3.4 La Información Solicitada No Está Disponible.** El paciente que no tenga la información requerida para la inscripción en el programa puede comunicarse con KFHP/H para analizar otra documentación disponible que pueda demostrar su elegibilidad.

**5.3.5 Información Financiera No Disponible.** El paciente debe proporcionar información financiera básica (por ejemplo, los ingresos, si los hay, y la fuente) como mínimo y demostrar su validez cuando: (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes de datos externas; (2) la información financiera solicitada no esté disponible; y (3) no exista otra documentación que pueda demostrar la elegibilidad. Se requiere la información financiera básica y la declaración del paciente si se aplica algo de lo siguiente:

**5.3.5.1** El paciente no tiene hogar o recibe atención de una clínica para personas sin hogar.

**5.3.5.2** El paciente no tiene ingresos, no recibe un talón de pago oficial por parte de su empleador (a excepción de aquellas personas que trabajan de manera autónoma), recibe aportes monetarios o no se le exigió presentar una declaración federal o estatal de impuestos sobre el ingreso el año fiscal anterior.

**5.3.5.3** El paciente se vio afectado por un desastre nacional o regional bien conocido (consulte la Sección 5.11 a continuación).

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>8 de 25</b>

**5.3.6 Cooperación del Paciente.** Es necesario que el paciente haga esfuerzos razonables por proporcionar toda la información requerida. Si no se proporciona toda la información requerida, pueden tomarse en cuenta las circunstancias en el momento de determinar la elegibilidad.

**5.4 Determinación de Presunta Elegibilidad.** Es posible que se apruebe la asistencia financiera sin que se complete una solicitud si el paciente tiene un saldo pendiente, no ha respondido a los intentos de contacto de KP y no ha presentado una solicitud, pero hay información de otro tipo que corrobora dificultades financieras. Si se determina que es elegible, el paciente no está obligado a proporcionar información personal, financiera o de otro tipo para verificar su situación económica y recibirá una asignación MFA automáticamente. El motivo y la información de respaldo para determinar la presunta elegibilidad se documentarán en la cuenta del paciente, y es posible que se incluyan notas adicionales del paciente. Se considera que un paciente es elegible y los requisitos de documentación no se aplican si el paciente precalificó o si existen indicios de dificultades económicas.

**5.4.1 Precalificación.** En los casos en los que hay evidencia de que el paciente está inscrito en los programas de asistencia pública y privada que se indican a continuación, o el proceso de evaluación financiera determina que es posible que califique para ellos, se considera que el paciente es elegible (es decir, que está precalificado) para el programa MFA. Se considera que el paciente está precalificado si cumple alguno de los siguientes criterios:

**5.4.1.1** Está inscrito en un programa MFA Comunitario (Community MFA, CMFA) para el cual fue referido 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 KFHP/H.

**5.4.1.2** Está 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 KFHP/H.

**5.4.1.3** Está inscrito en un programa confiable de cobertura de salud sujeto a la comprobación de recursos (por ejemplo, Medicaid o el programa Low Income Subsidy de Medicare), o se considera que es elegible para participar en uno de esos programas.

**5.4.1.4** Está inscrito en un programa confiable de asistencia pública sujeto a la comprobación de recursos (por ejemplo, programas para mujeres, bebés y niños, y programas de asistencia y de nutrición suplementaria).

**5.4.1.5** Reside en una vivienda de interés social o subvencionada.



TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>9 de 25</b>

**5.4.1.6** Recibió una asignación de MFA que comenzó en los últimos 30 días.

**5.4.2 Indicios de Dificultades Financieras.** Un paciente que haya recibido atención en un centro de KP y que tenga indicios de dificultades financieras (por ejemplo, saldos pendientes vencidos o incapacidad de pago) podría ser evaluado por KP y las agencias de cobro de deudas para determinar su elegibilidad para el programa y dificultades financieras usando fuentes de datos externas. Si es elegible, el paciente recibirá una asignación de MFA solo para los saldos pendientes elegibles.

**5.4.2.1 Determinación de la Elegibilidad por parte de KP.** KP puede evaluar la elegibilidad de los pacientes para el programa antes de que sus saldos pendientes se transfieran a una agencia de cobranza de deudas.

**5.4.2.1.1 Saldos Pendientes de Pago por Cuenta Propia.** KP evaluará a los pacientes que han sido identificados para su colocación en una agencia de cobranza de deudas con el fin de determinar su elegibilidad para el programa según los criterios de comprobación de recursos, tal como se describe en la sección 5.6, *Criterios de elegibilidad para el programa*.

**5.4.2.1.2 Indicios de Dificultades Financieras.** Es posible que la información financiera de algunos pacientes con saldos pendientes no esté disponible para determinar la elegibilidad, pero otros indicios de dificultades financieras comunicados a KP podrían dar lugar a la determinación de que el paciente tiene bajos ingresos. Los saldos pendientes elegibles se aplicarán al programa MFA y no estarán sujetos a medidas de cobro adicionales. Los indicios de dificultades financieras pueden incluir los siguientes, entre otros:

**5.4.2.1.2.1** El paciente no es ciudadano de los EE. UU. y no cuenta con un patrocinio, número de seguro social, registros fiscales o direcciones de facturación válidas; no se ha comunicado con KP en relación con su cuenta; y los esfuerzos razonables de cobro demuestran que el paciente no tiene recursos financieros o bienes en su país de origen.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>10 de 25</b>

**5.4.2.1.2.2** El paciente tiene saldos pendientes por servicios de KP que se le proporcionaron anteriormente y desde entonces se encuentra en prisión por un período prolongado; no está casado; no hay indicios de ingresos; y KP no ha podido comunicarse con el paciente.

**5.4.2.1.2.3** El paciente falleció sin patrimonio ni bienes o sin un pariente registrado como responsable de las deudas.

**5.4.2.1.2.4** El paciente falleció, y la sucesión o el patrimonio no tiene solvencia.

**5.4.2.2 Determinación de la Elegibilidad por parte de la Agencia de Cobranza de Deudas.** Los saldos pendientes que se han registrado ante una agencia de cobranza de deudas se evaluarán de forma rutinaria para determinar la elegibilidad para el programa y las dificultades financieras.

**5.4.2.2.1 Indicios de Dificultades Financieras.** Las agencias de cobro de deudas llevarán a cabo una revisión independiente de las cuentas de los pacientes usando información financiera de otro tipo (por ejemplo, bancarrotas anteriores, deudas que no sean de KP, historial de crédito, tendencia a pagar, etc.) y consideraciones socioeconómicas (por ejemplo, si es propietario de una vivienda) que pueden llevar a la determinación de las dificultades financieras. Si es elegible, el paciente recibirá una asignación de MFA solo para los saldos pendientes elegibles. Los saldos pendientes elegibles se devolverán a KP, se aplicarán al programa MFA y no estarán sujetos a medidas de cobro adicionales.

**5.5 Criterios de Elegibilidad para el Programa.** Como se resume en la sección V de los anexos específicos de la región, el paciente que solicita MFA podría calificar para recibir asistencia financiera según los criterios de comprobación de recursos o de gastos médicos elevados. Consulte los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

**5.5.1 Criterios de Comprobación de Recursos.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad conforme a estudios socioeconómicos.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>11 de 25</b>

**5.5.1.1 Elegibilidad Según el Nivel de Ingresos.** Un paciente cuyo hogar tenga ingresos familiares brutos menores o iguales a los establecidos por los criterios de comprobación de recursos de KFHP/H, que se expresan como un porcentaje de las Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), es elegible para recibir asistencia financiera. Los bienes no se toman en cuenta en la comprobación de recursos.

**5.5.1.2 Ingresos Familiares.** Los requisitos respecto a los ingresos se aplican a los miembros de la familia que viven en el hogar. Un hogar es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están emparentados por nacimiento, matrimonio o adopción. Algunos miembros de un hogar pueden ser cónyuges, parejas domésticas calificadas, hijos, familiares cuidadores, hijos de familiares cuidadores y otras personas de quien la persona soltera, cónyuge, pareja doméstica o padre o madre es financieramente responsable y reside en el hogar.

**5.5.2 Criterio de Gastos Médicos Elevados.** Se evalúa al paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad de gastos médicos mayores.

**5.5.2.1 Elegibilidad Con Base en Gastos Médicos Mayores.** Un paciente de cualquier nivel de ingresos familiares que haya incurrido en gastos médicos y de farmacia de su propio bolsillo por servicios elegibles en un período de 12 meses, superiores o iguales al 10 % del ingreso anual familiar, antes de presentar la solicitud es elegible para recibir asistencia financiera.

**5.5.2.1.1 Gastos de Bolsillo en Centros de Atención de KFHP/H.** 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.

**5.5.2.1.2 Gastos de Bolsillo en Centros de Atención que No Son de KFHP/H.** Incluye gastos médicos, de farmacia y dentales en centros de atención no pertenecientes a KP, que estén relacionados con servicios elegibles necesarios desde el punto de vista médico y en los que haya incurrido el paciente (quedan excluidos los descuentos y las cancelaciones de cargos). El paciente debe suministrar documentación que compruebe los gastos médicos por los servicios recibidos en los centros de atención no pertenecientes a KP.

**5.5.2.1.2.1** Si el proveedor que no pertenece a KFHP/H y donde se incurrieron los

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>12 de 25</b>

gastos ofrece un programa de asistencia financiera para el cual es posible que el paciente sea elegible, los pacientes deben presentar una solicitud antes de que los cargos se consideren un gasto médico elegible.

**5.5.2.1.3 Primas del Plan de Salud.** Los gastos de bolsillo no incluyen los cargos asociados a la cobertura de atención médica (es decir, las cuotas o primas).

## 5.6 Denegaciones y Apelaciones

**5.6.1 Denegaciones.** Al paciente que solicite participar en el programa de MFA y no reúna los criterios de elegibilidad se le notificará por escrito que se denegó su solicitud de MFA.

**5.6.2 Cómo Apelar una Denegación de MFA.** Los pacientes a los que se les haya denegado la MFA, o se les haya aprobado la MFA y consideren que califican para una asignación de MFA más alta, pueden apelar la decisión. Se recomienda que los pacientes apelen si (1) no presentaron documentación financiera anteriormente o (2) cambiaron los ingresos familiares. Las cartas de denegación o aprobación de la MFA, así como el sitio web de MFA, incluyen las instrucciones que deberá seguir para completar el proceso de apelación. Las apelaciones son revisadas por el personal de KFHP/H designado para tal fin. Se informa a los pacientes por escrito el resultado de su apelación. Todas las decisiones de las apelaciones son definitivas.

**5.7 Estructura de las Asignaciones.** Las asignaciones de MFA se aplican a saldos vencidos o pendientes elegibles, a saldos registrados ante una agencia de cobranza de deudas y a cargos pendientes. Las asignaciones de MFA también pueden incluir un período de elegibilidad para cualquier servicio de seguimiento requerido según lo determine un proveedor de KP.

**5.7.1 Fundamento de la Asignación.** Los costos del paciente pagados por el programa de MFA se determinan con base en si el paciente tiene o no tiene cobertura de atención médica, y en su ingreso familiar.

**5.7.1.1 Pacientes Elegibles para MFA que No Tienen Cobertura de Atención Médica (No Asegurados).** Los pacientes no asegurados que sean elegibles reciben un descuento en los costos del paciente en todos los servicios elegibles.

**5.7.1.2 Pacientes Elegibles para MFA que Tienen Cobertura de Atención Médica (Asegurados).** Un paciente asegurado elegible recibe un descuento en el costo del paciente de todos los servicios elegibles (1) de los que el paciente sea personalmente responsable y (2) que su compañía de seguros no pague. El paciente debe suministrar documentación que especifique qué

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>13 de 25</b>

parte de la factura no está cubierta por el seguro, por ejemplo, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Se requiere que el paciente asegurado elegible presente una apelación ante su compañía de seguros por cualquier reclamo denegado. Los pacientes asegurados elegibles deben proporcionar documentación que acredite la denegación de la apelación por parte de su compañía de seguros.

**5.7.1.2.1 Pagos Recibidos de la Compañía de Seguros.**

El paciente elegible asegurado deberá firmar y ceder a KFHP/H cualquier pago hecho por servicios prestados por KFHP/H que el paciente reciba de su compañía de seguros.

**5.7.1.3 Programa de Descuentos.** Los montos que KP cobra a un paciente que califica para el programa Medical Financial Assistance se basan en el tipo de criterios de elegibilidad utilizados para calificar al paciente para el programa. La información adicional sobre los descuentos disponibles conforme a la póliza se resume en el anexo pertinente. Consulte los *Anexos para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

**5.7.1.3.1 Determinación de Presunta Elegibilidad: Precalificado.** Un paciente que esté precalificado (como se resume en la Sección 5.4.1) para el programa MFA recibirá un descuento de MFA del 100 % sobre los costos del paciente o una parte de los cargos por los servicios prestados de los que el paciente es responsable.

**5.7.1.3.2 Determinación de Presunta Elegibilidad por parte de KP: Saldos Pendientes de Pago por Cuenta Propia.** Un paciente que cumple los criterios de comprobación de recursos recibirá un descuento de la escala de descuentos de MFA sobre los costos del paciente o una parte de los cargos por los servicios prestados de los que el paciente es responsable.

**5.7.1.3.3 Determinación de Presunta Elegibilidad por parte de KP: Indicios de Dificultades Financieras.** Un paciente que tenga indicios de los criterios de dificultades financieras recibirá un descuento del 100 % de MFA sobre los costos del paciente o una parte de los cargos por los servicios prestados de los que el paciente es responsable.

**5.7.1.3.4 Determinación de Presunta Elegibilidad por parte de la Agencia de Cobranza de Deudas.**

Información Confidencial. Kaiser Permanente. Todos los derechos reservados.

Se prohíbe la publicación, duplicación, divulgación o uso para cualquier propósito no autorizado expresamente por escrito.

**Las copias impresas son solo de referencia. Consulte la copia electrónica para ver la última versión aprobada.**

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>14 de 25</b>

Un paciente que cumpla los criterios de dificultades financieras recibirá un descuento de MFA del 100 % sobre los costos del paciente o una parte de los cargos por los servicios prestados de los que el paciente es responsable.

**5.7.1.3.5 El Paciente Cumple los Criterios de Comprobación de Recursos.** Un paciente que cumple los criterios de comprobación de recursos recibirá un descuento de la escala de descuentos de MFA sobre los costos del paciente o una parte de los cargos por los servicios prestados de los que el paciente es responsable.

**5.7.1.3.6 El Paciente Cumple el Criterio de Gastos Médicos Elevados.** Un paciente que cumpla los criterios de gastos médicos mayores recibirá un descuento del 100 % de MFA en los costos del paciente o los cargos de los servicios prestados por los que el paciente es responsable.

**5.7.1.4 Reembolsos mediante Convenios.** KFHP/P buscará obtener un reembolso por responsabilidad civil de terceros o acuerdos de protección de seguros personales, pagadores u otras partes legalmente responsables, según corresponda.

**5.7.2 Período de Elegibilidad de las Asignaciones.** El período de elegibilidad de los servicios de seguimiento 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. La duración del período de elegibilidad es limitada y se determina a discreción de KP en varias formas, por ejemplo:

**5.7.2.1 Período Específico.** Un máximo de 365 días para servicios de seguimiento elegibles y saldos de costos del paciente pendientes identificados antes de la referencia de deuda incobrable.

**5.7.2.2 Servicios de Enfermería Especializada, de Atención Intermedia y de Custodia.** Un máximo de 30 días para servicios prestados fuera de KP.

**5.7.2.3 Equipo Médico Duradero.** Un máximo de 180 días para equipo médico suministrado por un proveedor.

**5.7.2.4 Ciclo de Tratamiento o Episodio de Atención.** Un máximo de 180 días para un ciclo de tratamiento o episodio de atención, según lo determine el proveedor de KP.

**5.7.2.5 Pacientes Potencialmente Elegibles para Programas Públicos y Privados de Cobertura de Salud.** Un máximo

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>15 de 25</b>

de 90 días para asistir a un paciente mientras solicita programas de cobertura de salud públicos y privados.

**5.7.2.6 Asignación Única para Gastos de Farmacia.** Antes de inscribirse al programa MFA, el paciente es elegible para recibir una asignación única de farmacia si (1) no tiene una asignación de MFA activa o pendiente; (2) surte una receta emitida por un proveedor de KP en una farmacia de KFHP/H; (3) expresa su imposibilidad para pagar el medicamento; y (4) no hay un asesor financiero disponible para determinar la elegibilidad para MFA. La asignación única está disponible para cada paciente solo una vez, está limitada a un día e incluye un suministro razonable de medicamento, según lo considere médicamente apropiado un proveedor de KP.

**5.7.2.7 Volver a Solicitar Asistencia Financiera.** Un paciente puede volver a solicitar el programa a partir de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la asignación existente y en cualquier momento posterior.

**5.7.3 Asignación Revocada, Cancelada o Modificada.** KFHP/H puede revocar, cancelar o modificar la asignación de MFA en ciertos casos, según su criterio. Las situaciones incluyen:

**5.7.3.1 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 MFA.

**5.7.3.2 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.

**5.7.3.3 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 es personalmente responsable y (2) que su cobertura de salud u otra fuente de pago no cubre.

**5.7.3.4 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 MFA.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>16 de 25</b>

**5.7.3.5 Cambio en los Ingresos Familiares.** Al paciente que experimente un cambio en los ingresos familiares se le pedirá que vuelva a presentar una solicitud para el programa MFA.

**5.8 Límite de los Cargos.** Está prohibido cobrar a los pacientes elegibles para MFA los montos totales en dólares (es decir, el costo bruto) de los cargos hospitalarios elegibles prestados en un hospital de Kaiser Foundation Hospitals. El paciente que haya recibido servicios hospitalarios elegibles en un hospital de Kaiser Foundation Hospitals y sea elegible para el programa 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.

**5.8.1 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 la Sección VII del anexo específico de la región correspondiente. Consulte el *Anexo para las regiones de Kaiser Permanente, documentos adjuntos del 1 al 8*.

## 5.9 Acciones de Cobro

**5.9.1 Esfuerzos Razonables de Notificación.** KFHP/H o una agencia de cobranza que actúe en su nombre harán todo lo posible por informar sobre el programa MFA a los pacientes que tengan saldos vencidos o pendientes. Los esfuerzos razonables de notificación incluyen:

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

**5.9.1.2** Proporcionar una nota escrita con el listado de acciones extraordinarias de cobro (extraordinary collection actions, ECA) que KFHP/H o una agencia de cobranza piensan iniciar para la liquidación del saldo del costo del paciente, y el plazo para dichas acciones, que no podrá ser inferior a los 30 días desde la recepción de la nota escrita.

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

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

**5.9.1.5** Determinar la elegibilidad para el programa cuando se solicite, antes de que los saldos del paciente vencidos o pendientes se transfieran a una agencia de cobranza.

**5.9.2 Acciones Extraordinarias de Cobro Suspendidas.** KFHP/H no realiza ni permite que las agencias de cobranza de deudas que actúan en su



TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>17 de 25</b>

nombre realicen acciones extraordinarias de cobro (ECA) contra un paciente si:

- 5.9.2.1** El paciente cuenta con una asignación de MFA activa; o
- 5.9.2.2** El paciente inició el proceso de solicitud de MFA luego de que las ECA comenzaron. Las ECA serán suspendidas hasta que se llegue a una determinación definitiva en cuanto a la elegibilidad.

### **5.9.3 Acciones Extraordinarias de Cobro Permitidas.**

#### **5.9.3.1 Determinación Definitiva de los Esfuerzos Razonables.**

Antes de iniciar las ECA, el líder regional de Servicios Financieros para Pacientes y Ciclo de Ingresos debe asegurarse de lo siguiente:

- 5.9.3.1.1** realizar todos los esfuerzos razonables para notificar al paciente sobre el programa de MFA; y
- 5.9.3.1.2** que el paciente haya tenido al menos 240 días desde la primera facturación para solicitar la MFA.

#### **5.9.3.2 Presentación de Informes a las Agencias de Crédito al Consumidor y Oficinas Crediticias.** KFHP/H o una agencia de cobranza que actúe en su nombre pueden proporcionar información desfavorable a agencias de informes de crédito y oficinas crediticias.

#### **5.9.3.3 Acciones Judiciales o Civiles.** Antes de iniciar cualquier tipo de acción judicial o civil, KFHP/H valida la situación económica del paciente mediante fuentes externas de información a fin de determinar si es elegible para el programa MFA.

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

**5.9.3.3.2 No Elegible para MFA.** En algunos casos, se podrán tomar las siguientes medidas con la aprobación previa del director o controlador financiero:

**5.9.3.3.2.1** Embargo del salario.

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

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>18 de 25</b>

#### 5.9.3.3.2.3 Derechos de retención sobre las residencias.

**5.9.4 Acciones Extraordinarias de Cobro No Permitidas.** En ningún caso KFHP/H realiza ni permite que agencias de cobranza realicen las siguientes acciones:

**5.9.4.1** postergar o denegar la atención debido a la falta de pago de un saldo anterior por parte del titular de la cuenta, o exigir un pago para brindar atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico;

**5.9.4.2** vender la deuda de un titular de cuenta a un tercero;

**5.9.4.3** iniciar un juicio hipotecario sobre la propiedad o embargo de cuentas;

**5.9.4.4** solicitar una orden de arresto;

**5.9.4.5** solicitar órdenes de comparecencia inmediata.

**5.10 Respuesta a Desastres y Emergencias de Salud Pública.** Es posible que KFHP/H modifique temporalmente los criterios de elegibilidad y los procesos de solicitud del programa MFA para mejorar la asistencia disponible para las comunidades y los pacientes afectados por un evento de conocimiento general que sea calificado como un desastre o emergencia de salud pública por el gobierno estatal o federal.

**5.10.1 Modificaciones Potenciales de Elegibilidad.** Es posible que los cambios temporales a los criterios de elegibilidad para MFA incluyan:

**5.10.1.1** suspender las restricciones de elegibilidad;

**5.10.1.2** aumentar el umbral de los criterios de comprobación de recursos;

**5.10.1.3** reducir el umbral de los criterios de gastos médicos elevados.

**5.10.2 Modificaciones potenciales al proceso de solicitud.** Es posible que los cambios temporales al proceso de solicitud de MFA incluyan:

**5.10.2.1** dejar que los pacientes proporcionen información financiera básica (por ejemplo, los ingresos, en caso de que los haya, y la fuente) y demostrar su validez cuando (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes de datos externas, (2) la información financiera solicitada no esté disponible debido al evento y (3) no exista ninguna otra prueba que pueda demostrar la elegibilidad;

**5.10.2.2** tener en cuenta el impacto de la pérdida de salarios o empleo en el futuro debido al evento al determinar el ingreso del hogar.

**5.10.3 Información Disponible para el Público.** La información que describa los cambios temporales al programa MFA está a disposición del público en la página web del programa MFA y en los centros de atención de KP en las zonas afectadas.

Información Confidencial. Kaiser Permanente. Todos los derechos reservados.

Se prohíbe la publicación, duplicación, divulgación o uso para cualquier propósito no autorizado expresamente por escrito.

**Las copias impresas son solo de referencia. Consulte la copia electrónica para ver la última versión aprobada.**

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>19 de 25</b>

## 6.0 Apéndices o Referencias

### 6.1 Apéndices

**6.1.1** Apéndice A: Aplicabilidad Regional

**6.1.2** Apéndice B: Glosario de Términos

### 6.2 Documentos Adjuntos

**6.2.1** Documento adjunto 1: Anexo para Kaiser Permanente Colorado

**6.2.2** Documento adjunto 2: Anexo para Kaiser Permanente Georgia

**6.2.3** Documento adjunto 3: Anexo para Kaiser Permanente Hawaii

**6.2.4** Documento adjunto 4: Anexo para Kaiser Permanente Mid-Atlantic States

**6.2.5** Documento adjunto 5: Anexo para Kaiser Permanente Northern California

**6.2.6** Documento adjunto 6: Anexo para Kaiser Permanente Northwest

**6.2.7** Documento adjunto 7: Anexo para Kaiser Permanente Southern California

**6.2.8** Documento adjunto 8: Anexo para Kaiser Permanente Washington

### 6.3 Otras Referencias

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

**6.3.2** Registro Federal y Pautas Federales Anuales de Pobreza

**6.3.3** Publicación del Servicio de Impuestos Internos, Instrucciones de 2014 para el Anexo H (Formulario 990)

**6.3.4** Aviso del Servicio de Impuestos Internos 2010-39

**6.3.5** Código del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service Code), Artículo 26, Secciones 1, 53 y 602 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58: Requisitos Adicionales para Hospitales de Beneficencia

**6.3.6** California Hospital Association: Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, edición 2015

**6.3.7** Catholic Health Association of the United States: A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, edición 2012

**6.3.8** Listados de Proveedores. Los listados de proveedores se encuentran disponibles en los sitios web de KFHP/H para:

**6.3.8.1** Kaiser Permanente de Hawaii ([www.kp.org/mfa/hawaii](http://www.kp.org/mfa/hawaii)) (haga clic en "Español")

**6.3.8.2** Kaiser Permanente del Noroeste ([www.kp.org/mfa/nw](http://www.kp.org/mfa/nw)) (haga clic en "Español")

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>20 de 25</b>

- 6.3.8.3** Kaiser Permanente del Norte de California ([www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal)) (haga clic en "Español")
- 6.3.8.4** Kaiser Permanente del Sur de California ([www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal)) (haga clic en "Español")
- 6.3.8.5** Kaiser Permanente de Washington ([www.kp.org/mfa/wa](http://www.kp.org/mfa/wa)) (haga clic en "Español")

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>21 de 25</b>

## Apéndice B: Glosario de Términos

**MFA comunitaria (CMFA):** Programas de asistencia financiera médica planificados que colaboran con organizaciones comunitarias y de protección social a fin de brindar acceso a la 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.

**Agencia de cobranza:** una persona u organización que, por acción directa o indirecta, realiza prácticas de cobranza o intenta cobrar una deuda, o presunta deuda, a un acreedor o comprador de deudas.

**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:** una persona que cumple los requisitos de elegibilidad descritos en la presente póliza, ya sea que el paciente (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 seguros médicos), (3) esté asegurado por un plan de salud no perteneciente a KFHP o (4) esté cubierto por KFHP.

**Fuentes de datos externas:** proveedores terceros que se usan para revisar la información personal del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera por medio de un modelo basado en bases de datos de registros públicos que evalúa a cada paciente de acuerdo con los mismos estándares para calcular el puntaje de la capacidad financiera del paciente.

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

**Asesoramiento financiero:** el proceso que se usa para ayudar a los pacientes a explorar las diversas opciones de financiamiento y cobertura de salud que tienen a su disposición para pagar los servicios prestados 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.

**Persona sin hogar:** un descriptor de condición para la situación de vida de una persona, como se describe a continuación:

- 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 para 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 período corto (hasta 30 días consecutivos).

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>22 de 25</b>

- Será desalojado en menos de una semana de una vivienda privada o se está escapando de una situación de violencia doméstica, no tiene una residencia identificada a donde ir y no cuenta con los recursos para obtener alojamiento.
- 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 Kaiser Foundation Hospitals y las clínicas afiliadas a los hospitales, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Group y sus respectivas compañías subsidiarias, excepto Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

**Centros de atención de KP:** cualquier establecimiento físico, como el 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:** el método que consiste en utilizar fuentes de datos externas o información suministrada por el paciente a fin de determinar su elegibilidad para un programa de cobertura pública o de MFA con base en si los ingresos familiares de la persona son mayores que el porcentaje especificado por las Pautas federales de pobreza.

**Medical Financial Assistance (MFA):** un programa que brinda asignaciones monetarias para pagar gastos médicos a pacientes elegibles que no pueden pagar la totalidad o parte de los servicios, productos o medicamentos necesarios desde el punto de vista médico y que ya agotaron 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 del paciente.

**Suministros médicos:** 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; no incluye los materiales que el paciente compra u obtiene de otras fuentes.

**Costo del paciente:** la parte de los cargos facturados al paciente por la atención recibida en centros de atención de KP (por ejemplo, hospitales, clínicas afiliadas a los hospitales, edificios de oficinas médicas y farmacias para pacientes ambulatorios) que no son reembolsados por el seguro o un programa de atención médica financiada públicamente.

**Exención de gastos de farmacia:** Brinda asistencia financiera a los miembros de Medicare Parte D de KP Senior Advantage que no pueden pagar el costo compartido de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare Parte D.

**Red de seguridad:** un sistema de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proporcionan servicios de atención médica directa a personas con seguro insuficiente y desfavorecidas 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:** 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 el paciente retrasa o no recibe los servicios de atención médica necesarios debido a los gastos de bolsillo.

TÍTULO DE LA PÓLIZA <b>Medical Financial Assistance</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>NATL.CB.307</b>
DEPARTAMENTO A CARGO <b>Salud de la Comunidad Nacional</b>	FECHA DE VIGENCIA <b>1 de enero de 2023</b>
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO <b>Director, Medical Financial Assistance</b>	PÁGINA <b>23 de 25</b>

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

**Orden de comparecencia:** un 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.

**ANEXO: Kaiser Permanente Mid-Atlantic States****FECHA DE VIGENCIA DEL ANEXO: 1 de enero de 2023**

- I. Centros de atención de Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H):** Esta política se aplica a todos los centros de atención de KFHP/H (por ejemplo, centros médicos y edificios de consultorios médicos) y farmacias para pacientes ambulatorios. No se aplica a ningún hospital en Maryland, Virginia o el Distrito de Columbia.
- II. Servicios Adicionales Elegibles y No Elegibles Conforme a la Póliza de MFA**
- a. **Servicios Adicionales No Elegibles**
- audífonos;
  - suministros ópticos (anteojos y lentes de contacto).
- III. Proveedores Sujetos y No Sujetos a la Póliza de MFA.** No corresponde.
- IV. Información del Programa y Cómo Solicitar la Participación en MFA.** La información del programa 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 cargo, en formato electrónico o en una copia impresa. El paciente puede presentar una solicitud para participar en el programa MFA durante o después de que reciba atención en KFHP/H de varias formas, que incluyen en línea, en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito. (Consulte las secciones 5.3 y 5.4. de la póliza).
- Llene y Envíe una Solicitud en Línea desde el Sitio Web de KFHP/H.** El paciente puede comenzar y enviar la información de la solicitud de forma electrónica en el sitio web de Medical Financial Assistance (MFA) en [www.kp.org/mfa/mas](http://www.kp.org/mfa/mas) (haga clic en "Español").
  - Descargue la Información del Programa del Sitio Web de KFHP/H.** Las copias electrónicas de la información del programa están disponibles en el sitio web de MFA en [www.kp.org/mfa/mas](http://www.kp.org/mfa/mas) (haga clic en "Español").
  - Solicite Información del Programa de Manera Electrónica.** Puede solicitar copias electrónicas de la información del programa por correo electrónico.
  - Obtenga Información sobre el Programa o Solicite Participar en él en Persona.** Los centros de KP cuentan con asesores que le brindarán información sobre el programa. Los asesores están disponibles en el Departamento de Administración de cada edificio de oficinas médicas de KP.
  - Pida Información sobre el Programa o Solicite Participar en él por Teléfono.** Puede comunicarse por teléfono con un asesor, quien le brindará información, determinará su elegibilidad para MFA y le ayudará a solicitar la participación en el programa. Comuníquese con un asesor llamando a alguno de los siguientes números:  
Número de teléfono: 1-844-412-0919, opción 3



- f. **Pida Información sobre el Programa o Solicite Participar en él por Correo Postal.** El paciente puede pedir información sobre MFA y solicitar la participación en el programa enviando una solicitud llenada para el programa MFA por correo. Las solicitudes de información sobre el programa y para participar en él se pueden enviar a:
- Kaiser Permanente  
Attention: Medical Financial Assistance Program  
2101 East Jefferson Street  
Rockville, MD 20852-9468
- g. **Entregue en Persona la Solicitud Llenada.** Las solicitudes llenadas pueden entregarse en persona en el Departamento de Servicio a los Miembros de cualquier centro médico de Kaiser Permanente.
- V. **Criterios de Elegibilidad.** Para determinar si el paciente es elegible para participar en el programa MFA, se toma en cuenta el ingreso familiar. (Consulte las secciones 5.6.1 de la póliza).
- a. Criterios de comprobación de recursos: hasta el 300 % de las Pautas federales de pobreza
- VI. **Programa de Descuentos.** Los montos que KP cobra a un paciente que califica para el programa Medical Financial Assistance se basan en el tipo de criterios de elegibilidad utilizados para calificar al paciente para el programa.
- a. **El Paciente Cumple los Criterios de Comprobación de Recursos.** El paciente que cumpla los criterios de comprobación de recursos recibirá una escala de descuento sobre el costo para el paciente, o la parte de los cargos que le corresponden, de los servicios prestados de los que el paciente sea responsable. El monto del descuento se determina con base en los ingresos familiares del paciente de la siguiente manera:

Porcentajes de las Pautas Federales de Pobreza		Descuento de Asistencia Financiera
Desde	Hasta	
0 % - 200 %		Descuento del 100 %
201 % - 300 %		Descuento del 50 %

Si se otorga un descuento parcial (menos del 100 %), el saldo restante deberá pagarse en su totalidad o incluir una opción para establecer un plan de pago sin intereses.

- 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.