

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 1 von 37

1.0 Richtlinienklärung

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) und Kaiser Foundation Hospitals (KFH) fühlen sich verpflichtet, Programme bereitzustellen, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen verbessern sollen. Diese Verpflichtung umfasst die Bereitstellung finanzieller Unterstützung an qualifizierte unversicherte sowie unterversicherte Patienten mit niedrigen Einkommen, wenn die Fähigkeit, für Leistungen zu bezahlen, ein Hindernis beim Zugriff auf medizinische Notfalleleistungen sowie notwendige medizinische Leistungen darstellt.

2.0 Zweck

Diese Richtlinie beschreibt die Anforderungen für die Qualifikation für und den Empfang von Notfalleleistungen und notwendigen medizinischen Leistungen im Rahmen des Programms Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung, MFA). Die Anforderungen entsprechen Abschnitt 501(r) des United States Internal Revenue Code und allen geltenden US-bundesstaatlichen Vorschriften bezüglich qualifizierter Leistungen, des Erhalts von Zugang, der Programmqualifikationskriterien, der Struktur der MFA-Bewilligungen, der Basis für die Berechnung der Bewilligungsbeträge sowie der zulässigen Handlungen im Falle einer Nichtbegleichung medizinischer Rechnungen.

3.0 Umfang

Diese Richtlinie gilt für Mitarbeiter, die von den folgenden Entitäten sowie deren Tochtergesellschaften beschäftigt werden (insgesamt als „KFHP/H“ bezeichnet):

- 3.1** Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP),
- 3.2** Kaiser Foundation Hospitals (KFH) und
- 3.3** Tochtergesellschaften von KFHP/H.
- 3.4** Diese Richtlinie gilt für die Kaiser Foundation Hospitals und an das Krankenhaus angeschlossene Kliniken, die in *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8* aufgeführt sind.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 2 von 37

4.0 Definitionen

Siehe *Anhang A – Glossar*.

5.0 Klauseln

KFHP/H pflegt ein einkommensabhängiges MFA-Programm zur Minderung finanzieller Hindernisse beim Erhalt von Notfalleleistungen und notwendigen medizinischen Leistungen für qualifizierte Patienten unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, Ethnie, Religion oder Einwanderungsstatus, sexueller Orientierung, nationaler Herkunft und dem Krankenversicherungsstatus des Patienten.

5.1 Im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen

5.1.1 Qualifizierte Leistungen. MFA kann für bestimmte (1) notwendige medizinische Leistungen, darunter Notfallversorgung; (2) Apothekenleistungen und -produkte sowie (3) Medizinbedarf erbracht werden, die von Kaiser-Permanente(KP)-Einrichtungen (wie Krankenhäusern, medizinischen Zentren und Ärztehäusern), in KFHP/H-Apotheken für ambulante Patienten, Postversand oder Spezialpharmaka oder von KP-Anbietern wie nachfolgend beschrieben angeboten werden:

5.1.1.1 Notwendige medizinische Leistungen. Pflege, Behandlung oder Leistungen, die von einem KP-Anbieter angeordnet oder bereitgestellt werden und für die Vorbeugung, Evaluierung, Diagnose oder Behandlung eines Gesundheitszustands notwendig sind und nicht in erster Linie für den Komfort des Patienten oder medizinischen Dienstleisters

5.1.1.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte. In KFHP/H-Apotheken vorgelegte und von KP-Anbietern und KP-Vertragsanbietern, Nicht-KP-Notaufnahmeanbietern, Nicht-KP-Notfallambulanz-Anbietern und

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 3 von 37

Doctors of Medicine in Dentistry (DMD) sowie Doctors of Dental Surgery (DDS) verordnete Verschreibungen.

5.1.1.2.1 Generika. Wenn möglich, wird die Nutzung von Generika bevorzugt.

5.1.1.2.2 Markenmedikamente. Markenmedikamente sind qualifiziert, wenn ein KP-Anbieter das Markenmedikament verschreibt und einer der folgenden Punkte zutrifft:

5.1.1.2.2.1 Auf dem Rezept ist „Dispense as Written“ (Wie verordnet ausgeben, DAW) angegeben, oder.

5.1.1.2.2.2 Es ist kein entsprechendes generisches Medikament verfügbar.

5.1.1.2.3 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Apothekenprodukte. Diese Produkte sind qualifiziert, wenn:

5.1.1.2.3.1 Ein KP-Anbieter das Rezept oder die Bestellung ausgestellt hat,

5.1.1.2.3.2 Das Produkt von einer KP-Apotheke ausgegeben wird, und

5.1.1.2.3.3 Das Produkt in der KP-Apotheke regulär verfügbar ist.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 4 von 37

5.1.1.2.4 Medicare-Empfänger. Gilt für Medicare-Empfänger für verschreibungspflichtige Medikamente, die durch Medicare Part D in Form eines Apotheken-Waiver abgedeckt sind.

5.1.1.2.5 Zahnärztliche Medikamente. Von einem DMD oder DDS verschriebene Medikamente für ambulante Patienten sind akzeptabel, wenn die Medikamente für eine zahnärztliche Behandlung notwendig sind.

5.1.1.3 Dauerhafte medizinische Produkte (DME, Durable Medical Equipment). Qualifizierte DME sind begrenzt auf Produkte, die in KP-Einrichtungen regulär verfügbar sind und von KFHP/H einem Patienten bereitgestellt werden, der die Kriterien hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit erfüllt. DME müssen von einem KP-Anbieter in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien verordnet werden.

5.1.1.4 Von Medicaid abgelehnte Leistungen. Medizinische Leistungen, Verschreibungen, Apothekenprodukte und DME, die vom Medicaid-Programm des Bundesstaates nicht abgedeckt sind, aber von einem KP-Anbieter für medizinisch notwendig erachtet und verschrieben werden (z. B. Beschneidung von Neugeborenen, Hernienversorgung, pharmazeutische Verbindungen, Medikamente zur Behandlung von Symptomen usw.).

5.1.1.5 Gesundheitserziehungsschulung. Verfügbare Kurse, die von KP geplant und durchgeführt und von einem KP-Anbieter im Rahmen des Behandlungsplans für einen Patienten empfohlen werden.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 5 von 37

5.1.1.6 Auf Ausnahmebasis verfügbare Leistungen.

In bestimmten Ausnahmesituationen kann MFA für ausgewählte Leistungen und Bedarfsmittel bewilligt werden, die für die Entlassung eines stationär aufgenommenen Patienten aus einem Krankenhaus erforderlich sind und die nachfolgend erläuterten Qualifikationskriterien in Bezug auf hohe medizinische Ausgaben erfüllen (siehe Abschnitt 5.6.2). Falls der Patient die Kriterien erfüllt, können die abgedeckten Leistungen Fachpflege-, Intermediate-Care- und Betreuungsleistungen, die in einer Nicht-KP-Einrichtung erbracht werden, umfassen. Bedarfsmittel sind in der Regel von einem KP-Anbieter verschriebene oder bestellte DME, die von einem Vertragsanbieter/Anbieter wie nachfolgend beschrieben bereitgestellt werden.

5.1.1.6.1 Fachpflege-, Intermediate-Care- und Betreuungsleistungen. Werden in einer KP-Vertragseinrichtung einem Patienten mit verordneter medizinischer Notwendigkeit bereitgestellt, um die Entlassung eines stationär aufgenommenen Patienten aus dem Krankenhaus zu ermöglichen.

5.1.1.6.2 Dauerhafte medizinische Produkte (DME, Durable Medical Equipment). Von einem Anbieter bereitgestellte und einem KP-Anbieter in Übereinstimmung mit den DME-Richtlinien verordnete und von einem Vertragsanbieter über die KFHP/H DME-Abteilung bereitgestellte DME.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 6 von 37

5.1.2 Nicht qualifizierte Leistungen. MFA darf nicht auf Folgendes angewendet werden:

5.1.2.1 Leistungen, die von einem KP-Anbieter nicht als Notfall oder medizinisch notwendig eingestuft werden. Die folgende Aufzählung ist eine unvollständige Liste von Leistungsbeispielen, die kein Notfall und nicht medizinisch notwendig sind:

5.1.2.1.1 Schönheits-OP oder -Leistungen, z. B. dermatologische Leistungen, die in erster Linie dazu vorgesehen sind, das Aussehen eines Patienten zu verbessern.

5.1.2.1.2 Fruchtbarkeitsbehandlungen und damit verbundene Leistungen einschließlich Diagnostik.

5.1.2.1.3 Medizinbedarf aus dem Fachhandel.

5.1.2.1.4 Alternative Therapien, darunter Akupunktur, Chiropraktik und Massagen.

5.1.2.1.5 Injektionen und Vorrichtungen zur Behandlung sexueller Dysfunktion.

5.1.2.1.6 Leihmutterschaften.

5.1.2.1.7 Leistungen aus der Haftung Dritter, aus dem Schutz einer Personenversicherung oder berufsgenossenschaftliche Fälle.

5.1.2.1.8 Leistungen für Patienten mit Nicht-KP-Krankenversicherung. Nicht notfallmäßige oder dringende Leistungen und Apothekenprodukte für ambulante Patienten, die von der Nicht-KP-Krankenversicherung des Patienten abgedeckt sind und erfordern, dass der Patient ein spezifiziertes Netzwerk von bevorzugten Nicht-KP-Anbietern und -Apotheken nutzt.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 7 von 37

5.1.2.2 Verschreibungen und Apothekenprodukte, die nicht als Notfall oder medizinisch notwendig eingestuft werden. Verschreibungen und Apothekenprodukte, die nicht als Notfall oder medizinisch notwendig eingestuft werden, sind unter anderem:

5.1.2.2.1 Medikamente, die nicht vom Pharmacy and Therapeutics Committee zugelassen sind.

5.1.2.2.2 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Bedarfsmittel, die nicht von einem KP-Anbieter verschrieben oder bestellt wurden.

5.1.2.2.3 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Bedarfsmittel, die in der KP-Apotheke nicht regulär verfügbar sind und speziell bestellt werden müssen.

5.1.2.2.4 Verschreibungen aus der Haftung Dritter, aus dem Schutz einer Personenversicherung oder berufsgenossenschaftliche Fälle.

5.1.2.2.5 Spezifisch ausgeschlossene Medikamente (z. B. Fruchtbarkeit, kosmetische Wirkung, sexuelle Dysfunktion).

5.1.2.3 Verschreibungen für Medicare Part D-Teilnehmer, die für das Low Income Subsidy-Programm (Subventionsprogramm für niedrige Einkommen, LIS) qualifiziert sind oder daran teilnehmen. Der verbleibende Kostenanteil für verschreibungspflichtige Medikamente für Medicare Advantage Part D-Teilnehmer, die entweder für das LIS-Programm qualifiziert sind oder daran teilnehmen, in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 8 von 37

5.1.2.4 Außerhalb von KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen. Die MFA-Richtlinie gilt nur für in KP-Einrichtungen oder von KP-Anbietern erbrachte Leistungen.

5.1.2.4.1 Selbst nach Überweisung durch einen KP-Anbieter sind alle anderen Leistungen nicht für MFA qualifiziert.

5.1.2.4.2 In Nicht-KP-Praxen, -Notfalleinrichtungen und -Notaufnahmen erbrachte Leistungen sowie Nicht-KP-Leistungen in den Bereichen häusliche Krankenpflege, Hospiz, rekuperative Pflege und Obhut sind ausgeschlossen, außer es wird eine Ausnahmesituation gemäß obenstehendem Abschnitt 5.1.1.6 festgestellt.

5.1.2.5 Dauerhafte medizinische Produkte (DME, Durable Medical Equipment). Von einem Vertragsanbieter bereitgestellte DME sind unabhängig von einer Verschreibung durch einen KP-Anbieter ausgeschlossen, außer es wird eine Ausnahmesituation gemäß obigem Abschnitt 5.1.1.6 festgestellt.

5.1.2.6 Transportleistungen und Reisespesen. Das MFA-Programm hilft Patienten nicht bei der Zahlung von Kosten für notfallmäßigen oder nicht notfallmäßigen Transport oder reisebezogenen Ausgaben (d. h. Unterkunft und Verpflegung).

5.1.2.7 Krankenversicherungsprämien. Das MFA-Programm hilft Patienten nicht bei der Zahlung der mit Krankenversicherungsbeträgen verbundenen Ausgaben (d. h. Gebühren oder Prämien).

5.1.3 Weitere Informationen zu regionalspezifisch qualifizierten und nicht qualifizierten Leistungen und Produkten sind der entsprechenden Beilage zu entnehmen. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8.*

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 9 von 37

5.2 Anbieter. MFA wird nur für qualifizierte Leistungen angewendet, die von medizinischen Dienstleistern erbracht wurden, für die die MFA-Richtlinie zutrifft. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8*.

5.3 Informationsquellen zum Programm und Antrag auf MFA. Weitere Informationen über das MFA-Programm und die Beantragung werden im entsprechenden Anhang zusammengefasst. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8*.

5.3.1 Informationsquellen zum Programm. Exemplare der MFA-Richtlinie, Antragsformulare, Anweisungen und einfache Zusammenfassungen (d. h. Richtlinienzusammenfassungen oder Programmbroschüren) stehen der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos auf der KFHP/H-Website, per E-Mail, zur persönlichen Abholung oder per US-Post zur Verfügung.

5.3.2 MFA-Beantragung. Um die Teilnahme am MFA-Programm zu beantragen, muss ein Patient eine unmittelbare Notwendigkeit nachweisen, die durch eine offene Rechnung für KP-Leistungen, durch einen vereinbarten Termin bei KP oder durch ein von einem KP-Anbieter für qualifizierte Leistungen gemäß obiger Beschreibung verschriebenes Apothekenrezept verursacht wird. Ein Patient kann MFA-Hilfen auf verschiedene Weise beantragen, und zwar online, persönlich, telefonisch oder in Papierform.

5.3.2.1 MFA-Programm von KP. Patienten müssen die Teilnahme am MFA-Programm in dem KP-Servicegebiet beantragen, in dem sie Leistungen von KP erhalten.

5.3.2.2 Screening von Patienten für die Qualifikation für das öffentliche und private Programm. KFHP/H ermutigt alle Personen, Krankenversicherungsschutz abzuschließen, um den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu sichern, die persönliche Gesundheit insgesamt zu fördern und eigene Vermögenswerte zu schützen. KFHP/H hilft

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 10 von 37

unversicherten Patienten oder ihren Bürgen, verfügbare Hilfsprogramme einschließlich Medicaid sowie über einen Health Benefit Exchange verfügbaren Versicherungsschutz zu identifizieren und zu beantragen. Ein Patient, der für Medicaid oder für über einen Health Benefit Exchange verfügbaren Versicherungsschutz qualifiziert ist, muss die Teilnahme an diesen Programmen unter Umständen beantragen. Patienten mit einem Finanzstatus, der die einkommensbezogenen Qualifizierungsparameter von Medicaid überschreitet, müssen die Teilnahme an Medicaid nicht beantragen.

5.4 Für die MFA-Beantragung erforderliche Informationen.

Vollständige persönliche, finanzielle und sonstige Informationen sind erforderlich, um den Finanzstatus eines Patienten zu prüfen und seine Qualifikation für das MFA-Programm sowie für Medicaid und für über einen Health Benefit Exchange verfügbaren subventionierten Versicherungsschutz festzustellen. Bei jedem Antrag auf Unterstützung wird der Finanzstatus des Patienten geprüft.

5.4.1 Bereitstellung von Finanzinformationen. In ihrem MFA-Antrag müssen Patienten Informationen zu Haushaltsgröße und Haushaltseinkommen angeben; das Einreichen von Finanzunterlagen zur Verifizierung des Finanzstatus ist jedoch optional, außer dies wird spezifisch von KP angefordert.

5.4.1.1 Prüfen des Finanzstatus ohne

Finanzunterlagen. Wenn dem MFA-Antrag eines Patienten keine Finanzunterlagen beigelegt sind, wird sein Finanzstatus mithilfe externer Datenquellen bestätigt. Kann der Finanzstatus eines Patienten nicht mithilfe externer Datenquellen betätigt werden, so wird er unter Umständen aufgefordert, die im MFA-Programmantrag beschriebenen Finanzunterlagen einzureichen, damit sein Finanzstatus verifiziert werden kann.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 11 von 37

5.4.1.2 Prüfen des Finanzstatus mit Finanzunterlagen.

Wenn dem MFA-Antrag eines Patienten Finanzunterlagen beigefügt sind, wird seine Qualifikation auf Grundlage der übermittelten Informationen festgestellt.

5.4.2 Bereitstellung von vollständigen Informationen.

Die Entscheidung über die Teilnahme am MFA-Programm wird getroffen, sobald alle angeforderten persönlichen, finanziellen und sonstigen Informationen eingegangen sind.

5.4.3 Unvollständige Informationen. Ein Patient wird persönlich, auf dem Postweg oder telefonisch benachrichtigt, wenn die eingegangenen erforderlichen Informationen unvollständig sind. Der Patient kann die fehlenden Informationen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Sendens der Mitteilung, des Stattfindens des persönlichen Gesprächs oder des Telefongesprächs einreichen. MFA kann bei unvollständigen Informationen abgelehnt werden.

5.4.4 Angeforderte Informationen nicht verfügbar. Ein Patient, der die angeforderten und im Programmantrag beschriebenen Informationen nicht hat, kann KFHP/H kontaktieren, um andere verfügbare Unterlagen zum Nachweis der Qualifikation zu besprechen.

5.4.5 Keine Finanzinformationen verfügbar. Ein Patient muss zumindest grundlegende Finanzinformationen bereitstellen (d. h. ggf. Einkommen und dessen Quelle) und die Gültigkeit der Informationen bestätigen, wenn: (1) sein Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen nicht verfügbar sind und (3) keine anderen Unterlagen vorhanden sind, um die Qualifikation nachzuweisen. Grundlegende Finanzinformationen und deren Bestätigung sind vom Patienten erforderlich, wenn mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft:

5.4.5.1 Der Patient ist obdachlos oder erhält in einer Klinik für Obdachlose medizinische Versorgung.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 12 von 37

5.4.5.2 Der Patient hat kein Einkommen, erhält keine offizielle Lohnabrechnung von seinem Arbeitgeber (mit Ausnahme von Selbständigen), erhält Geldgeschenke oder musste im vorherigen Steuerjahr keine US-Bundes- oder Bundesstaats-Einkommenssteuererklärung einreichen.

5.4.5.3 Der Patient ist von einer bekannten nationalen oder regionalen Katastrophe oder einem öffentlichen Gesundheitsnotstand betroffen (siehe nachfolgenden Abschnitt 5.11).

5.4.6 Mitwirkung des Patienten. Ein Patient muss angemessene Bemühungen unternehmen, alle angeforderten Informationen bereitzustellen. Wenn nicht alle angeforderten Informationen bereitgestellt werden, können die Umstände bei der Entscheidung über die Programmteilnahme berücksichtigt werden.

5.5 Bestimmung der vermutlichen Qualifikation. In Situationen, in denen eine offene Rechnung vorliegt, der Patient nicht auf Kontaktversuche seitens KP reagiert und die Teilnahme nicht beantragt hat, andere verfügbare Informationen jedoch eine finanzielle Notlage belegen, kann finanzielle Unterstützung ohne Vorliegen eines vollständigen Antrags gewährt werden. Wird die Qualifikation festgestellt, muss der Patient keine persönlichen, finanziellen oder sonstigen Informationen bereitstellen, um seinen Finanzstatus zu bestätigen, und erhält eine Bewilligung von MFA. Der Grund und die unterstützenden Informationen für die Feststellung einer vermutlichen Qualifikation werden im Konto des Patienten dokumentiert und weitere Anmerkungen zum Patienten können aufgenommen werden. Ein Patient gilt als vermutlich qualifiziert und von Dokumentationsanforderungen wird abgesehen, wenn der Patient im Voraus qualifiziert ist oder wenn Anzeichen für eine finanzielle Notlage bestehen.

5.5.1 Im Voraus qualifiziert. Wenn Nachweise vorliegen, dass ein Patient an den nachfolgend aufgeführten öffentlichen oder privaten Hilfsprogrammen teilnimmt oder der finanzielle

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 13 von 37

Screening-Prozess eine potenzielle Teilnahmeberechtigung feststellt, gilt der Patient als vermutlich qualifiziert (d. h. im Voraus qualifiziert) für das MFA-Programm. Ein Patient gilt als im Voraus qualifiziert, wenn er mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- 5.5.1.1** Teilnahme an einem Community-MFA-Programm (CMFA), an das Patienten verwiesen werden und für das Patienten vorqualifiziert werden durch:
 - (1) US-Bundes-, Bundesstaats- oder Lokalbehörden,
 - (2) eine Partnerorganisation auf Community-Basis oder
 - (3) bei einer von KFHP/H gesponserten Community-Gesundheitsveranstaltung.
- 5.5.1.2** Teilnahme an einem KP-Community-Wohlfahrtsprogramm, das den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Patienten mit niedrigem Einkommen unterstützen soll und von designiertem KFHP/H-Personal vorqualifiziert ist oder
- 5.5.1.3** Teilnahme an einem oder vermutliche Qualifikation für ein glaubwürdiges einkommensabhängiges Gesundheitsprogramm (z. B. Medicaid, Medicare Low Income Subsidy Program, über einen Health Benefit Exchange verfügbarer subventionierter Versicherungsschutz).
- 5.5.1.4** Teilnahme an einem glaubwürdigen einkommensabhängigen öffentlichen Hilfsprogramm (z. B. WIC-Programme [Women, Infants and Children], SNAP-Programme [Supplemental Nutrition and Assistance, Essensmarken], Energiekosten-Hilfsprogramme für einkommensschwache Haushalte, Programme für kostenlose oder preisreduzierte Mittagessen).
- 5.5.1.5** Wohnung im Wohnbau für einkommensschwache Personen oder in einer Sozialwohnung.
- 5.5.1.6** Vorherige Bewilligung von MFA, die in den vergangenen 30 Tagen begann.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 14 von 37

5.5.2 Anzeichen für eine finanzielle Notlage. Ein Patient, der in einer KP-Einrichtung Leistungen erhalten hat und bei dem Hinweise auf finanzielle Probleme bestehen (z. B. vergangene überfällige Rechnungen oder Zahlungsunfähigkeit), kann von KP unter Verwendung externer Datenquellen einem Screening auf Programm-Qualifikation und finanzielle Notlage unterzogen werden. Falls qualifiziert, wird dem Patienten MFA nur für qualifizierte offene Rechnungen bewilligt.

5.5.2.1 Bestimmung der Qualifikation durch KP. KP kann Patienten einem Screening auf Programm-Qualifikation unterziehen, bevor deren offene Rechnungen einem Inkassobüro übergeben werden.

5.5.2.1.1 Offene Selbstzahler-Rechnungen. KP unterzieht Patienten, die für die Übergabe an ein Inkassobüro identifiziert wurden, auf Grundlage einkommensabhängiger Kriterien einem Screening auf Programm-Qualifikation. Siehe der nachfolgende Abschnitt 5.6.1.

5.5.2.1.2 Anzeichen für eine finanzielle Notlage. Bei manchen Patienten mit offenen Rechnungen sind möglicherweise keine finanziellen Informationen zur Bestimmung der Qualifikation vorhanden, doch andere, KP bekanntgegebene Anzeichen für eine finanzielle Notlage können zur Feststellung eines niedrigen Einkommens führen. Qualifizierte offene Rechnungen werden an das MFA-Programm übertragen und unterliegen keinen weiteren Inkassomaßnahmen. Anzeichen für eine finanzielle Notlage können unter anderem sein:

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 15 von 37

- 5.5.2.1.2.1** Der Patient ist Nicht-US-Staatsbürger ohne Sponsor, Sozialversicherungsnummer, Steuerunterlagen oder gültige Rechnungsadresse, der Patient hat mit KP nicht bezüglich seines Kontos kommuniziert und angemessene Inkassobemühungen zeigen, dass der Patient in seinem Herkunftsland nicht über finanzielle Ressourcen oder Vermögenswerte verfügt.
- 5.5.2.1.2.2** Der Patient hat offene Rechnungen für zuvor erbrachte KP-Leistungen und war seither über einen längeren Zeitraum inhaftiert, der Patient ist nicht verheiratet, es gibt keine Hinweise auf ein Einkommen und KP konnte den Patienten nicht kontaktieren.
- 5.5.2.1.2.3** Der Patient ist ohne Nachlass/Vermögenswerte oder Nachweis eines für Schulden verantwortlichen Verwandten verstorben.
- 5.5.2.1.2.4** Der Patient ist verstorben und die Testamentseröffnung oder der Nachlass ergeben Insolvenz.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 16 von 37

5.6 Qualifikationskriterien für das Programm. Wie in Abschnitt V der regionalspezifischen Anhänge zusammengefasst, kann ein Patient, der MFA beantragt, nach Einkommenskriterien oder nach Kriterien für hohe medizinische Ausgaben für finanzielle Unterstützung qualifiziert sein. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8*.

5.6.1 Einkommenskriterien. Ein Patient wird beurteilt, um zu bestimmen, ob er einkommensabhängige Qualifikationskriterien erfüllt.

5.6.1.1 Qualifikation basierend auf der Höhe des Einkommens. Ein Patient mit einem Brutto-Haushaltseinkommen kleiner/gleich den Einkommenskriterien von KFHP/H, ausgedrückt als Prozentanteil der Federal Poverty Guidelines (US-Bundesrichtlinien zur Armut, FPG), ist für finanzielle Unterstützung qualifiziert. Vermögenswerte werden bei der Einkommensbeurteilung nicht berücksichtigt.

5.6.1.2 Haushaltseinkommen. Einkommensanforderungen gelten für alle Mitglieder des Haushalts. Ein Haushalt ist eine Einzelperson oder eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die durch Geburt, Ehe oder Adoption miteinander verwandt sind und zusammenleben. Haushaltsmitglieder können Ehepartner, qualifizierte Lebenspartner, Kinder, pflegende Verwandte und die Kinder von pflegenden Verwandten sowie andere Personen sein, für die die Person, der Ehepartner, der Lebenspartner oder der Elternteil finanziell verantwortlich ist und die im Haushalt leben.

5.6.2 Kriterien für hohe medizinische Ausgaben. Ein Patient wird beurteilt, um zu bestimmen, ob er Qualifikationskriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 17 von 37

5.6.2.1 Qualifikation basierend auf hohem

medizinischen Ausgaben. Ein Patient jedes Brutto-Haushaltseinkommensniveaus mit selbst zu bezahlenden medizinischen und Apothekenausgaben für qualifizierte Leistungen über einen 12-Monats-Zeitraum vor der Antragstellung, die mindestens 10 % des jährlichen Haushaltseinkommens betragen, ist für finanzielle Unterstützung qualifiziert.

5.6.2.1.1 Selbst zu bezahlende KFHP/H-Ausgaben. Medizinische und Apothekenausgaben, die in KP-Einrichtungen angefallen sind, einschließlich Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherung und Selbstbehalte in Verbindung mit qualifizierten Leistungen.

5.6.2.1.2 Selbst zu bezahlende Nicht-KFHP/H-Ausgaben. Medizinische, Apotheken- und zahnmedizinische Ausgaben, die in Nicht-KP-Einrichtungen angefallen sind und mit qualifizierten, medizinisch notwendigen Leistungen zusammenhängen und für den Patienten anfallen (ausschließlich Rabatte oder Abschreibungen) sind eingeschlossen. Der Patient muss die medizinischen Ausgaben für die von Nicht-KP-Einrichtungen erbrachten Leistungen dokumentieren.

5.6.2.1.2.1 Falls der Nicht-KFHP/H-Anbieter, bei dem die Kosten anfallen, ein finanzielles Hilfsprogramm anbietet, für das der Patient qualifiziert sein könnte, muss der Patient einen

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 18 von 37

entsprechenden Antrag stellen, bevor Kosten als qualifizierte medizinische Ausgabe gelten.

5.6.2.1.3 Krankenversicherungsprämien. Selbst zu bezahlende Ausgaben umfassen nicht die mit Krankenversicherung verbundenen Kosten (z. B. Prämien).

5.7 Ablehnungen und Revisionen

5.7.1 Ablehnungen. Ein Patient, der sich für das MFA-Programm bewirbt und die Qualifikationskriterien nicht erfüllt, wird schriftlich darüber informiert, dass sein MFA-Antrag abgelehnt wurde.

5.7.2 Bei einer MFA-Ablehnung Revision einlegen. Patienten, deren MFA-Antrag abgelehnt oder in einer Höhe genehmigt wurde, die ihrer Überzeugung nach zu gering ist, können gegen die Entscheidung Revision einlegen. Patienten werden ermutigt, Revision einzulegen, wenn: (1) nicht bereits Finanzunterlagen eingereicht haben oder (2) ihr Haushaltseinkommen sich geändert hat. Anweisungen zum Revisionsprozess sind dem MFA-Ablehnungsschreiben bzw. -Genehmigungsschreiben sowie der MFA-Website zu entnehmen. Revisionen werden von dafür vorgesehenen KFHP/H-Mitarbeitern geprüft. Patienten werden schriftlich über das Ergebnis ihrer Revision informiert. Alle Revisionsentscheidungen sind endgültig.

5.8 Bewilligungsstruktur. MFA-Bewilligungen werden nur auf qualifizierte überfällige oder ausstehende Rechnungen, auf qualifizierte Rechnungen, die einem Inkassobüro übergeben wurden, und auf qualifizierte ausstehende Gebühren angerechnet. MFA-Bewilligungen können auch einen Qualifikationszeitraum für erforderliche Folgeleistungen gemäß Festlegung durch einen KP-Anbieter beinhalten.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 19 von 37

5.8.1 Grundlage der Bewilligung. Der durch eine MFA-Bewilligung übernommene Patientenanteil wird anhand des Krankenversicherungsstatus und des Haushaltseinkommens des Patienten bestimmt.

5.8.1.1 Für MFA qualifizierter Patient ohne Krankenversicherung (unversichert).

Ein qualifizierter unversicherter Patient erhält einen Rabatt auf den Patientenanteil aller qualifizierten Leistungen.

5.8.1.2 Für MFA qualifizierter Patient mit Krankenversicherung (versichert).

Ein qualifizierter unversicherter Patient erhält einen Rabatt auf den Patientenanteil aller qualifizierten Leistungen, für die (1) der Patient persönlich verantwortlich ist und die (2) nicht vom Versicherungsträger bezahlt werden. Der Patient muss Informationen wie z. B. eine Erklärung der Leistungen (Explanation of Benefits, EOB) bereitstellen, um den Teil der Rechnung zu bestimmen, der nicht von der Versicherung übernommen wird. Ein qualifizierter versicherter Patient muss bei seinem Versicherungsträger bei Ablehnung von Forderungen stets Revision einlegen. Qualifizierte versicherte Patienten müssen eine Dokumentation der Revisionsablehnung durch ihren Versicherungsträger bereitstellen.

5.8.1.2.1 Vom Versicherungsträger erhaltene Zahlungen. Ein qualifizierter versicherter Patient muss alle Zahlungen für von KFHP/H entrichtete Leistungen, die der Patient von seinem Versicherungsträger bezahlt bekommen hat, an KFHP/H überschreiben.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 20 von 37

5.8.1.3 Rabattschema. Der Betrag, den KP einem für die medizinische Finanzunterstützung qualifizierten Patienten zahlt, ist abhängig von der Art des Kriteriums, aufgrund dessen sich dieser für das Programm qualifiziert. Weitere Informationen über verfügbare Rabatte im Rahmen der Richtlinie werden im entsprechenden Anhang zusammengefasst. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8.*

5.8.1.3.1 Bestimmung der vermutlichen Qualifikation – Im Voraus qualifiziert.

Ein Patient, der für MFA im Voraus qualifiziert ist (wie zusammengefasst in Abschnitt 5.5.1), erhält einen MFA-Rabatt von 100 % auf den Patientenanteil oder auf die Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

5.8.1.3.2 Bestimmung der vermutlichen Qualifikation durch KP – Offene Selbstzahler-Rechnungen. Ein Patient, der die Einkommenskriterien erfüllt, erhält einen gestaffelten MFA-Rabatt auf den Patientenanteil oder auf einen Teil der Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

5.8.1.3.3 Bestimmung der vermutlichen Qualifikation durch KP – Anzeichen für eine finanzielle Notlage. Ein Patient, der die Kriterien für Anzeichen für eine finanzielle Notlage erfüllt, erhält einen MFA-Rabatt von 100 % auf den Patientenanteil oder auf einen Teil der Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 21 von 37

5.8.1.3.4 Patient erfüllt das

Bedürftigkeitskriterium. Ein Patient, der die Einkommenskriterien erfüllt, erhält einen gestaffelten MFA-Rabatt auf den Patientenanteil oder auf einen Teil der Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

5.8.1.3.5 Der Patient erfüllt die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben.

Ein Patient, der die Kriterien für hohe medizinische Ausgaben erfüllt, erhält einen MFA-Rabatt von 100 % auf den Patientenanteil oder auf die Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist.

5.8.1.4 Rückerstattungen aus Begleichungen. KFHP/H verfolgt eine Rückerstattung von allen Haftungsbegleichungen Dritter bzw. Erstattungen von Selbstversicherungen, Zahlstellen oder anderen rechtlich verantwortlichen Parteien wie zutreffend.

5.8.2 Leistungsqualifikationszeitraum.

Der Qualifizierungszeitraum für Folgeleistungen beginnt am Datum der Genehmigung oder an dem Datum, an dem Leistungen bereitgestellt bzw. Medikamente ausgegeben wurden. Der Qualifizierungszeitraum ist von begrenzter Dauer und wird im Ermessen von KP auf verschiedene Weise bestimmt, darunter:

5.8.2.1 Spezifischer Zeitraum. Maximal 365 Tage für qualifizierte Folgeleistungen und ausstehende Patientenanteilsbeträge, die vor der Übergabe an ein Inkassobüro identifiziert wurden.

5.8.2.2 Fachpflege, Betreuungsleistungen und Intermediate Care. Maximal 30 Tage für außerhalb von KP erbrachte Leistungen.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 22 von 37

5.8.2.3 Dauerhafte medizinische Produkte. Maximal 180 Tage für von einem Anbieter bereitgestellte medizinische Ausrüstung.

5.8.2.4 Behandlungsverlauf oder Pflegeepisode. Maximal 180 Tage für einen Behandlungsverlauf oder eine Pflegeepisode wie durch einen KP-Anbieter bestimmt.

5.8.2.5 Erneuter Antrag auf Finanzunterstützung. Frühestens dreißig (30) Tage vor Ablauf der bestehenden Bewilligung und zu jedem späteren Zeitpunkt kann ein Patient sich erneut beim Programm anmelden.

5.8.3 Bewilligung widerrufen, zurückgezogen oder ergänzt. KFHP/H kann eine MFA-Bewilligung in bestimmten Fällen nach eigenem Ermessen widerrufen, zurückziehen oder ergänzen. Zu solchen Fällen zählen:

5.8.3.1 Betrug, Diebstahl oder Änderungen der finanziellen Lage. Bei Betrug, falscher Darstellung, Diebstahl, Änderungen der finanziellen Lage eines Patienten oder anderen Umständen, die die Integrität des MFA-Programms unterminieren.

5.8.3.2 Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme. Ein Patient, der auf die Qualifikation für öffentliche und private Krankenversicherungsprogramme überprüft wird und als qualifiziert betrachtet wird, aber nicht dem Antragsprozess solcher Programme folgt.

5.8.3.3 Andere Zahlungsquellen identifiziert. Werden eine Krankenversicherung oder andere Zahlungsquellen identifiziert, nachdem ein Patient eine MFA-Bewilligung erhalten hat, so werden die Kosten für qualifizierte Leistungen rückwirkend in Rechnung gestellt. In diesem Fall wird dem Patienten nicht der Teil einer Rechnung berechnet,

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 23 von 37

für den er (1) persönlich verantwortlich ist und der (2) nicht von ihm oder seiner Krankenversicherung oder einer anderen Zahlungsquelle bezahlt wird.

5.8.3.4 Änderung des Krankenversicherungsschutzes.

Ein Patient, bei dem eine Änderung des Krankenversicherungsschutzes eintritt, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

5.8.3.5 Änderung des Haushaltseinkommens.

Ein Patient, bei dem eine Änderung des Haushaltseinkommens eintritt, wird gebeten, sich erneut beim MFA-Programm anzumelden.

5.9 Kosteneinschränkung. Es ist verboten, MFA-qualifizierten Patienten den vollen Betrag (d. h. Bruttokosten) für qualifizierte Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen, die in einem Kaiser Foundation Hospital erbracht wurden. Einem Patienten, der qualifizierte Krankenhausleistungen in einem Kaiser Foundation Hospital erhalten hat und für das MFA-Programm qualifiziert ist, aber keine MFA-Bewilligung erhalten hat oder dessen MFA-Bewilligung abgelehnt wurde, wird nicht mehr in Rechnung gestellt als die allgemein für diese Leistungen berechneten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB).

5.9.1 Allgemein berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB). Die allgemein berechneten Beträge (AGB) für Notfall- oder andere medizinisch notwendige Leistungen für Personen mit Versicherungsschutz werden für KP-Einrichtungen gemäß Beschreibung in Abschnitt VII der entsprechenden regionalspezifischen Ergänzung bestimmt. Siehe *Ergänzungen für Regionen von Kaiser Permanente, Beilagen 1–8*.

5.10 Inkassomaßnahmen

5.10.1 Angemessene Benachrichtigungsbemühungen.

KFHP/H oder ein Inkassobüro, das im Namen von KFHP/H auftritt, unternehmen angemessene Bemühungen, Patienten mit überfälligen oder ausstehenden Beträgen

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 24 von 37

über das MFA-Programm zu informieren. Angemessene Benachrichtigungsbemühungen umfassen:

- 5.10.1.1** Eine schriftliche Mitteilung innerhalb von 120 Tagen nach der ersten Rechnungsstellung nach der Entlassung, in der der Kontoinhaber informiert wird, dass MFA für qualifizierte Personen verfügbar ist.
- 5.10.1.2** Schriftliche Mitteilung mit der Liste außerordentlicher Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs), die KFHP/H oder ein Inkassobüro für die Einbringung ausstehender Patientenanteilsbeträge einzuleiten gedenkt, sowie die Terminfrist für solche Aktionen, die nicht früher als 30 Tage ab der schriftlichen Mitteilung liegen darf.
- 5.10.1.3** Bereitstellung einer in allgemeiner Sprache gehaltenen Zusammenfassung der MFA-Richtlinie mit der ersten Krankenhauspatienten-Rechnungsstellung.
- 5.10.1.4** Versuch, den Kontoinhaber mündlich über die MFA-Richtlinie und die Beantragung von Unterstützung im Rahmen des MFA-Antragsprozesses zu informieren.
- 5.10.1.5** Bestimmung der Programmqualifizierung auf Anforderung, bevor überfällige oder ausstehende Patientenrechnungen einem Inkassobüro übergeben werden.

5.10.2 Suspendierung außerordentlicher Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs). KFHP/H ergreift keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs) gegen einen Patienten bzw. gestattet Inkassobüros nicht, solche zu ergreifen, wenn der Patient:

- 5.10.2.1** eine aktive MFA-Bewilligung aufweist oder.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 25 von 37

5.10.2.2 nach Beginn der ECAs einen MFA-Antrag eingeleitet hat. ECAs werden bis zur endgültigen Bestimmung der Qualifikation suspendiert.

5.10.3 Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen.

5.10.3.1 Endgültige Bestimmung angemessener Bemühungen. Vor der Einleitung von ECAs muss der regionale Revenue Cycle Patient Financial Services Leader (Verantwortlicher für Umsatzzyklus-Patientenfinanzleistungen) Folgendes sicherstellen:

5.10.3.1.1 Abschluss angemessener Bemühungen zur Benachrichtigung des Patienten über das MFA-Programm und.

5.10.3.1.2 Dem Patienten wurde mindestens 240 Tage nach der ersten Rechnungsstellung Zeit eingeräumt, einen MFA-Antrag zu stellen.

5.10.3.2 Meldung an Verbraucherkreditbüros oder Auskunfteien. KFHP/H oder ein Inkassobüro, das in seinem Namen fungiert, können negative Informationen an Verbraucherkreditbüros oder Auskunfteien weitergeben.

5.10.3.3 Rechtliche Folgen. Bevor rechtliche oder zivilrechtliche Schritte unternommen werden, validiert KFHP/H den Finanzstatus des Patienten mithilfe externer Datenquellen, um zu bestimmen, ob er für das MFA-Programm qualifiziert ist.

5.10.3.3.1 Für MFA qualifiziert. Es werden keine weiteren Maßnahmen gegen Patienten eingeleitet, die für das MFA-Programm qualifiziert sind. Inkassokonten, die für MFA qualifiziert sind, werden storniert und rückwirkend zurückgegeben.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 26 von 37

5.10.3.3.2 Nicht für MFA qualifiziert. In sehr begrenzten Fällen können die folgenden Maßnahmen nach vorheriger Zustimmung durch den regionalen Chief Financial Officer oder Controller ergriffen werden:

5.10.3.3.2.1 Pfändung von Lohngehältern.

5.10.3.3.2.2 Gerichtsverfahren/ Zivilklagen.
Juristische Maßnahmen werden nicht gegen Personen ergriffen, die arbeitslos sind oder keine anderen signifikanten Einkommensquellen haben.

5.10.3.3.2.3 Pfandverschreibungen auf Immobilien.

5.10.4 Verbotene außerordentliche Inkassomaßnahmen.

KFHP/H ergreift oder gestattet unter keinen Umständen folgende Maßnahmen und gestattet auch keinem Inkassobüro, solche zu ergreifen:

5.10.4.1 Aufschiebung oder Verweigerung von medizinischer Versorgung aufgrund fehlender Begleichung einer vorherigen Rechnung durch den Kontoinhaber oder Forderung, Notfall- oder medizinisch notwendige Leistungen erst nach Zahlung bereitzustellen.

5.10.4.2 Verkauf der Verpflichtungen eines Kontoinhabers an einen Dritten.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 27 von 37

5.10.4.3 Zwangsvollstreckung oder Beschlagnahmung von Konten.

5.10.4.4 Anforderung von Haftbefehlen.

5.10.4.5 Anforderung von Ergreifungsbefehlen.

5.11 Hilfe bei Katastrophen und öffentlichem

Gesundheitsnotstand. KFHP/H kann seine Qualifikationskriterien und die Antragsprozesse für das MFA-Programm vorübergehend anpassen, um die Unterstützungsangebote für Gemeinschaften und Patienten, die von einem bekannten Ereignis betroffen sind, das von bundesstaatlichen oder Bundesbehörden als Katastrophe oder öffentlicher Gesundheitsnotstand eingestuft wird, zu verbessern.

5.11.1 Mögliche Änderungen an Qualifikationskriterien.

Vorübergehende Änderungen an den MFA-Qualifikationskriterien können umfassen:

5.11.1.1 Aussetzung von Qualifikationsbeschränkungen.

5.11.1.2 Erhöhung des Schwellenwerts für das Bedürftigkeitskriterium.

5.11.1.3 Herabsetzung des Schwellenwerts für das Kriterium hoher medizinischer Ausgaben.

5.11.2 Mögliche Änderungen am Antragsprozess.

Vorübergehende Änderungen am MFA-Antragsprozess können umfassen:

5.11.2.1 Einräumen der Möglichkeit für Patienten, grundlegende Finanzinformationen bereitzustellen (d. h. ggf. Einkommen und dessen Quelle) und die Gültigkeit der Informationen zu bestätigen, wenn (1) ihr Finanzstatus nicht mithilfe externer Datenquellen bestätigt werden kann, (2) angeforderte Finanzinformationen aufgrund des Ereignisses nicht verfügbar sind und (3) kein anderer Beleg vorhanden ist, um die Qualifikation nachzuweisen.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 28 von 37

5.11.2.2 Berücksichtigung der Auswirkungen eines zukünftigen Verlusts von Lohnzahlungen/ Beschäftigung aufgrund des Ereignisses bei der Bestimmung des Haushaltseinkommens.

5.11.3 Öffentlich verfügbare Informationen. Informationen zur Beschreibung vorübergehender Änderungen am MFA-Programm werden der Öffentlichkeit auf der Website des MFA-Programms und in KP-Einrichtungen in betroffenen Gebieten bekanntgegeben.

6.0 Anhänge/Quellen

6.1 Anhänge

6.1.1 Anhang A – Glossar

6.2 Beilagen

6.2.1 Beilage 1 – Ergänzung für Kaiser Permanente Colorado

6.2.2 Beilage 2 – Ergänzung für Kaiser Permanente Georgia

6.2.3 Beilage 3 – Ergänzung für Kaiser Permanente Hawaii

6.2.4 Beilage 4 – Ergänzung für Kaiser Permanente Mittelatlantikstaaten

6.2.5 Beilage 5 – Ergänzung für Kaiser Permanente Nordkalifornien

6.2.6 Beilage 6 – Ergänzung für Kaiser Permanente Nordwest

6.2.7 Beilage 7 – Ergänzung für Kaiser Permanente Südkalifornien

6.2.8 Beilage 8 – Ergänzung für Kaiser Permanente Washington

6.3 Quellen

6.3.1 Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148 (124 Stat. 119 (2010))

6.3.2 Federal Register und die jährlichen Federal Poverty Guidelines

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 29 von 37

- 6.3.3** Internal Revenue Service Publication, 2014 Instructions for Schedule H (Formular 990)
- 6.3.4** Internal Revenue Service Notice 2010-39
- 6.3.5** Internal Revenue Service Code, 26 CFR Parts 1, 53 und 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Additional Requirements for Charitable Hospitals
- 6.3.6** California Hospital Association – Hospital Financial Assistance Policies & Community Benefit Laws, 2015 Edition
- 6.3.7** Catholic Health Association of the United States – A Guide for Planning & Reporting Community Benefit, 2012 Edition
- 6.3.8** Anbieterlisten. Anbieterlisten stehen auf den KFHP/H-Websites zur Verfügung für:
 - 6.3.8.1** Kaiser Permanente of Hawaii
(www.kp.org/mfa/hawaii)
 - 6.3.8.2** Kaiser Permanente of Northwest
(www.kp.org/mfa/nw)
 - 6.3.8.3** Kaiser Permanente of Northern California
(www.kp.org/mfa/ncal)
 - 6.3.8.4** Kaiser Permanente of Southern California
(www.kp.org/mfa/scal)
 - 6.3.8.5** Kaiser Permanente of Washington
(www.kp.org/mfa/wa)

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 30 von 37

Anhang A – Glossar

Community-MFA (CMFA) – Geplante medizinische finanzielle Hilfsprogramme, die mit Community-basierten Organisationen und Organisationen des sozialen Netzes zusammenarbeiten, um un- bzw. unterversicherten Patienten mit niedrigem Einkommen Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen in KP-Einrichtungen zu verschaffen.

Inkassobüro – Eine Einzelperson oder Organisation, die durch direkte oder indirekte Maßnahmen einen geschuldeten oder angeblich geschuldeten Betrag für einen Gläubiger oder Forderungskäufer einbringt oder einzubringen versucht.

Dauerhafte medizinische Produkte (Durable Medical Equipment, DME) – Umfassen u. a. Standardgehstöcke, Krücken, Inhalationsapparate, bereitgestelltes Zubehör oder Material, Türphysiotherapieeinheiten für die Nutzung zuhause, Rollstühle, Gehhilfen (Rollatoren), Krankenhausbetten und Sauerstoff für die Nutzung zuhause, wie im Rahmen der DME-Kriterien angegeben. DME umfassen nicht Orthesen, Prothesen (z. B. dynamische Splints/Orthesen und künstliche Larynx mit Zubehör) und nicht verschreibungspflichtige Materialien oder medizinische Textilprodukte (z. B. urologisches Zubehör und Material für die Wundversorgung).

Qualifizierter Patient – Eine Person, die die in dieser Richtlinie beschriebenen Qualifikationskriterien erfüllt, egal, ob sie (1) unversichert ist, (2) im Rahmen eines öffentlichen Programms krankenversichert ist (z. B. Medicare, Medicaid oder subventionierte Krankenversicherung, die über einen Health Insurance Exchange erworben wird), (3) bei einer anderen Krankenkasse als KFHP oder (4) bei KFHP versichert ist.

Externe Datenquellen – Drittanbieter zur Überprüfung der personenbezogenen Informationen eines Patienten, um eine finanzielle Notlage mithilfe eines Modells zu bewerten, das auf Datenbanken öffentlicher Register beruht und jeden Patienten auf Grundlage gleichbleibender Standards bewertet, um einen Punktwert für dessen finanzielle Leistungskraft zu errechnen.

Federal Poverty Guidelines (Offizielle Richtlinien der US-Regierung zur Armutsgrenze, FPG) – Legen die Armutsgrenzen anhand des jährlichen Einkommens fest. Sie werden vom United States Department of Health and Human Services bestimmt und jährlich im Federal Register aktualisiert.

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 31 von 37

Finanzielle Beratung – Der Prozess zur Unterstützung von Patienten beim Erkunden der verfügbaren Optionen für Finanzierung und Krankenversicherungsschutz, um für in KP-Einrichtungen erbrachte Leistungen zu bezahlen. Patienten, die finanzielle Beratung in Anspruch nehmen können, umfassen u. a. Selbstzahler, Unversicherte und Unterversicherte sowie solche, die die Unfähigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die volle vom Patienten zu entrichtende Zahlung zu erbringen.

Obdachlos – Ein Statusdeskriptor für die Wohnsituation einer Person, wie nachfolgend beschrieben:

- An Orten, die nicht als Wohnungen für Menschen vorgesehen sind, wie Autos, Parks, Gehwegen, verlassenen Gebäuden (auf der Straße).
- In einer Notunterkunft.
- In einer Übergangs- oder subventionierten Wohnung für Obdachlose, die von der Straße oder aus einer Notunterkunft kommen.
- An einem der obengenannten Orte mit einem kurzen Aufenthalt (bis zu 30 aufeinander folgende Tage) in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung.
- Wird innerhalb von einer Woche aus einer Privatwohnung geräumt oder flieht aus einer Situation mit häuslicher Gewalt, wobei die Person noch keine Folgewohnung und nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Wohnung zu finden.
- Wird innerhalb von einer Woche aus einer Privatwohnung geräumt oder flieht aus einer Situation mit häuslicher Gewalt, wobei die Person noch keine Folgewohnung und nicht die Ressourcen und das Unterstützungsnetzwerk hat, um eine Wohnung zu finden.

KP – Umfasst Kaiser Foundation Hospitals und an das Krankenhaus angeschlossene Kliniken, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups und deren jeweilige Tochtergesellschaften außer der Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

KP-Einrichtungen – Alle physischen Einrichtungen, darunter Inneres und Äußeres von Gebäuden, die Eigentum von KP sind bzw. von KP gemietet werden und zur Durchführung von Geschäftsfunktionen dienen, einschließlich der Versorgung von Patienten (z. B. ein Gebäude oder ein KP-Stockwerk, eine Abteilung oder andere Innen- oder Außenbereiche eines Nicht-KP-Gebäudes).

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 32 von 37

Einkommensabhängig – Externe Daten oder vom Patienten bereitgestellte Informationen werden dazu verwendet, die Qualifikation für ein öffentliches Krankenversicherungsprogramm oder MFA anhand der Frage zu bestimmen, ob das Haushaltseinkommen der Person um einen festgelegten Prozentsatz über der offiziellen Armutsgrenze (Federal Poverty Guidelines) liegt.

Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung, MFA) – Ein Programm für Bewilligungen, um medizinische Kosten qualifizierter Patienten zu übernehmen, die einen Teil oder die gesamten Kosten medizinisch notwendiger Leistungen nicht übernehmen können und alle öffentlichen und privaten Zahlungsquellen ausgeschöpft haben. Personen müssen die Programmkriterien erfüllen, um Unterstützung bei der teilweisen oder vollständigen Bezahlung des Patientenanteils an der Versorgung zu erhalten.

Medizinbedarf – Nicht wiederverwendbare medizinische Materialien wie Schienen, Schlingen, Wundverbände und Pflaster, die von einem zugelassenen Gesundheitsdienstleister während einer medizinisch notwendigen Leistung bereitgestellt werden. Dies schließt Materialien aus, die von einem Patienten bei einer anderen Quelle erworben wurden.

Patientenanteil – Der Anteil der einem Patienten in Rechnung gestellten Kosten für erhaltene Versorgung in KP-Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, an ein Krankenhaus angeschlossene Kliniken, medizinische Zentren, Arzthäuser und Apotheken für ambulante Patienten), der nicht von einer Versicherung oder einem staatlich finanzierten Gesundheitsfürsorgeprogramm erstattet wird.

Apotheken-Waiver – Bietet finanzielle Unterstützung für Mitglieder von KP Senior Advantage Medicare Part D mit geringen Einkommen, die nicht in der Lage sind, ihren Kostenanteil für verschreibungspflichtige ambulante Medikamente, die von Medicare Part D gedeckt werden, zu übernehmen.

Soziales Netz – Ein System von staatlichen Stellen und Wohltätigkeitsorganisationen, die direkte medizinische Leistungen für Unversicherte oder Unterversorgte in einem öffentlichen Krankenhaus, einer Community-Klinik, Kirche, einem Obdachlosenasyll, einer mobilen Gesundheitseinheit, Schule usw. bereit stellen.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 33 von 37

Unterversichert – Eine Person, die zwar eine Krankenversicherung hat, aber feststellt, dass die Verpflichtung zur Zahlung von Versicherungsprämien, Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen und Selbstbehalten eine so erhebliche finanzielle Belastung darstellt, dass sie notwendige medizinische Leistungen aufgrund der Eigenkosten aufschiebt oder nicht in Anspruch nimmt.

Unversichert – Eine Person, die keine Krankenversicherung und keine aus bundesstaatlichen oder Bundesmitteln finanzierte finanzielle Unterstützung bei der Bezahlung von Leistungen der Gesundheitsversorgung hat.

Vulnerable Personengruppen – Demografische Gruppen, deren Gesundheit und Wohlfahrt aufgrund von sozioökonomischem Status, Krankheit, Ethnie, Alter oder anderen Faktoren einem größeren Risiko ausgesetzt sind als die der Allgemeinbevölkerung.

Ergreifungsbefehl – Ein von einem Gericht eingeleiteter Prozess, der Behörden anweist, eine Person wegen Missachtung des Gerichts vor Gericht zu bringen. Ähnelt einem Haftbefehl.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 34 von 37

ERGÄNZUNG: Kaiser Permanente Northwest**INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024****DER ERGÄNZUNG:**

- I. Einrichtungen der Kaiser Foundation Hospitals.** Diese Richtlinien gelten für alle KFHP/H-Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, an ein Krankenhaus angeschlossene Kliniken, medizinische Zentren und Arzthäuser) sowie ambulante Apotheken. In Oregon hat Kaiser Foundation Hospitals folgende Krankenhäuser:

Kaiser Sunnyside Medical Center

Kaiser Westside Medical Center

Note: Die Liste der Kaiser Foundation Hospitals und an das Krankenhaus angeschlossenen Kliniken, die in der MFA-Richtlinie genannt sind, ist auf der KFHP/H MFA-Website unter www.kp.org/mfa/nw zugänglich.

II. Zusätzliche, im Rahmen der MFA-Richtlinie qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Leistungen**a. Nicht qualifizierte zusätzliche Leistungen**

- i. Hörgeräte
- ii. Optisches Zubehör und Hardware, einschließlich spezieller implantierter Linsen

- III. Anbieter, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen.** Die Liste der in Kaiser Foundation Hospitals tätigen Anbieter und an das Krankenhaus angeschlossenen Kliniken, die der MFA-Richtlinie unterliegen bzw. nicht unterliegen, ist auf der KFHP/H-Website unter www.kp.org/mfa/nw kostenlos öffentlich zugänglich.

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 35 von 37

IV. **Programminformationen und MFA-Beantragung.**

MFA-Programminformationen einschließlich Kopien der MFA-Richtlinie, Antragsformulare, Anweisungen und Zusammenfassungen in einfacher Sprache (d. h. Programmbroschüren) sind der allgemeinen Öffentlichkeit kostenlos in elektronischem Format oder auf Papier zugänglich. Patientinnen und Patienten können ihre Aufnahme in das MFA-Programm während oder nach einer von KFHP/H erhaltenen Behandlung beantragen, und zwar auf verschiedene Weise, etwa online, persönlich, telefonisch oder schriftlich auf Papier. (Siehe die Abschnitte 5.3 und 5.4 der Richtlinie.)

- a. **Online-Ausfüllung und -Einreichung des Antragsformulars auf der Webseite der KFHP/H.** Patientinnen und Patienten können Anträge auf elektronischem Weg über die MFA-Webseite unter www.kp.org/mfa/nw initiieren und einreichen.
- b. **Programminformationen von der KFHP/H-Website herunterladen.** Elektronische Exemplare der Programminformationen sind auf der MFA-Website unter www.kp.org/mfa/nw erhältlich.
- c. **Programminformationen elektronisch anfordern.** Elektronische Kopien der Programminformationen sind auf Anfrage per E-Mail erhältlich.
- d. **Programminformationen persönlich erhalten.** Programminformationen sind in den Abteilungen Aufnahme und Notaufnahme in den in Abschnitt I, *Kaiser Foundation Hospitals*, aufgeführten Krankenhäusern erhältlich.

Sunnyside Medical Center Westside Medical Center
- e. **Programminformationen telefonisch anfordern oder Antrag telefonisch stellen.** Es stehen Berater telefonisch zur Verfügung, die Informationen bereitstellen und Patienten bei der MFA-Beantragung helfen. Berater sind erreichbar unter:

Telefonnummer(n): 1-503-813-2000
oder 1-800-813-2000, oder
TTY: 711

RICHTLINIENTITEL Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	RICHTLINIENNUMMER NATL.CB.307
ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG National Community Health	INKRAFTTRETUNGSDATUM 1. Januar 2024
DOKUMENTENVERANTWORTLICHER Director, Medical Financial Assistance	SEITE 36 von 37

- f. **Programminformationen per Post anfordern oder Antrag per Post stellen.** Patientinnen und Patienten können Programminformationen anfordern und zur Beantragung von MFA den vollständigen MFA-Programmantrag per Post einsenden. Informationsanfragen und Anträge können gesendet werden an:

Kaiser Permanente
Zu Händen: Financial Counselors
500 NE Multnomah Street
Portland, Oregon 97232

- g. **Ausgefüllten Antrag persönlich einreichen.** Ausgefüllte Anträge können persönlich in einem der Northwest Kaiser Foundation Hospitals abgegeben werden:

Sunnyside Medical Center Westside Medical Center

- V. Qualifikationskriterien.** Bei der Entscheidung über die Aufnahme in das MFA-Programm wird das Haushaltseinkommen des Patienten oder der Patientin berücksichtigt. (Siehe Abschnitt 5.6.1 der Richtlinie.)

- a. **Bedürftigkeitskriterium:** bis zu 400 % der Armutsgrenze der US-Regierung (Federal Poverty Guidelines)

- VI. Rabattschema.** Der Betrag, den KP einem für die medizinische Finanzunterstützung qualifizierten Patienten zahlt, ist abhängig von der Art des Kriteriums, aufgrund dessen sich dieser für das Programm qualifiziert.

- a. **Patient erfüllt das Bedürftigkeitskriterium.** Ein Patient, der die Einkommenskriterien erfüllt, erhält einen gestaffelten Rabatt auf den Patientenanteil oder auf einen Teil der Gebühren für erbrachte Dienstleistungen, für die der Patient verantwortlich ist. Der jeweilige Rabattbetrag hängt vom Haushaltseinkommen des Patienten ab. Es gelten folgende Staffellungen:

<small>RICHTLINIENTITEL</small> Medical Financial Assistance (Medizinische Finanzunterstützung)	<small>RICHTLINIENNUMMER</small> NATL.CB.307
<small>ZUSTÄNDIGE ABTEILUNG</small> National Community Health	<small>INKRAFTTRETUNGSDATUM</small> 1. Januar 2024
<small>DOKUMENTENVERANTWORTLICHER</small> Director, Medical Financial Assistance	<small>SEITE</small> 37 von 37

Federal Poverty Guidelines – Prozentsätze		Finanzunterstützung – Rabatt
Von	Bis	
0 %	– 200 %	100 % Rabatt
201 %	– 300 %	75 % Rabatt
301 %	– 350 %	50 % Rabatt
351 %	– 400 %	25 % Rabatt

Wenn ein Teilrabatt (unter 100 %) bewilligt wird, muss der verbleibende Betrag voll bezahlt werden. Alternativ hat der Patient eine Möglichkeit, eine zinsfreie Ratenzahlung zu vereinbaren.

- VII. Basis für Berechnung der allgemein berechneten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB).** KFHP/H berechnet die AGB für Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen mittels des Look-back-Verfahrens, bei dem die Bruttogebühren mit dem AGB-Satz multipliziert werden. Informationen zum AGB-Satz und zur AGB-Berechnung finden Sie auf der MFA-Website der KFHP/H unter www.kp.org/mfa/nw.