

POLÍTICA

La misión de Cottage Health es dar una atención médica de primera calidad y mejorar la salud de nuestras comunidades mediante un compromiso con la práctica de nuestros valores fundamentales de excelencia, integridad y compasión. Como parte de esta misión, Cottage Health se complace en dar un programa de asistencia económica a los pacientes que no pueden pagar la atención de emergencia o la atención médicamente necesaria.

Esta Política de asistencia económica al paciente (Política) establece los requisitos de elegibilidad y el proceso de solicitud para la asistencia económica al paciente, también conocida como atención caritativa o con descuento, en los hospitales de Cottage Health. Esta Política concuerda con los valores de excelencia, integridad y compasión de Cottage Health y cumple las leyes estatales y federales.

Cottage Health da atención de condiciones médicas de emergencia, sin discriminación, dentro del significado de la Emergency Medical Treatment and Labor Act (Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto, EMTALA) a las personas, independientemente de su capacidad para pagar por los servicios. Esta política se aplica a la atención de condiciones médicas de emergencia, dentro del significado de EMTALA; consulte la Política del ED "EMTALA: Política de transferencia".

DIFUSIÓN

Servicios cubiertos

Esta Política cubre los cargos técnicos y del centro médico por la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria que se haya dado en los siguientes hospitales de Cottage Health y en instalaciones dentro de hospitales:

- Santa Barbara Cottage Hospital;
- Santa Ynez Valley Cottage Hospital;
- Goleta Valley Cottage Hospital y
- Clínicas en los hospitales

Esta póliza también cubre los honorarios profesionales de Santa Ynez Valley Cardiology Clinic, Santa Ynez Valley Primary Care y Cottage Clinical Associates.

Servicios que no están cubiertos

Los cargos del médico no están cubiertos

Esta Política no cubre los cargos de los médicos (también conocidos como "honorarios profesionales") por emergencias y otras atenciones médicamente necesarias que hayan dado los médicos y ciertos proveedores de atención médica que atienden pacientes en los centros de Cottage Health que no son facturados por Cottage Health. Además, los servicios dados en la atención de urgencias de Cottage tampoco están cubiertos por esta política.

Más específicamente, esta política no cubre los cargos profesionales por la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria dada por los siguientes tipos de médicos:

- Médicos del Departamento de emergencia
- Hospitalistas
- Residentes
- Radiólogos y grupos de radiología
- Anestesiólogos y grupos de anestesiistas
- Patólogos

Además, esta política no cubre los cargos profesionales por la atención de emergencia, atención de urgencia y demás atención médicamente necesaria prestada por los siguientes departamentos del hospital:

- Servicios cardiovasculares
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Neurología/neurocirugía
- Obstetricia/ginecología
- Oncología
- Oftalmología
- Operación ortopédica
- Otolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Atención pulmonar/crítica
- Operación general
- Urología

Estos proveedores de atención médica no facturan a través de Cottage Health sino por separado y esta Política no se aplica en esos honorarios. El pago por los cargos profesionales facturados por estos proveedores de atención médica es responsabilidad del paciente y no califica para un descuento ni para un ajuste de ayuda benéfica según esta Política. Esta Política solo se aplica a los cargos técnicos y del centro médico por la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria que se haya dado en un hospital de Cottage Health o en instalaciones dentro de un hospital.

Aunque los médicos de emergencia no están cubiertos por esta Política, según la ley de California un médico de emergencia que proporcione servicios médicos de emergencia en un hospital que da atención de emergencia está obligado por ley a dar descuentos a: (1) pacientes sin seguro que están en o por debajo del 400 % o menos del Nivel federal de pobreza, y (2) pacientes con costos médicos altos (según se define más adelante) que están en 400 % o menos del Nivel federal de pobreza. Este requisito no impone más obligaciones a Cottage Health. Los pacientes pueden obtener más información sobre este requisito directamente del médico de emergencia que les dio la atención médica.

Otros servicios que no están cubiertos

Por lo general, las operaciones estéticas se consideran procedimientos electivos que no son de emergencia y no son atención médicamente necesaria (como se define abajo), y se excluyen de esta política. Los servicios que se prestan en Cottage Residential Center ("CRC") y mediante la Experiencia integral del programa del paciente ambulatorio (Comprehensive Outpatient Program Experience, "COPE") también se excluyen de esta política. Consulte la Política 8560.74, "Asistencia económica para servicios que no son de emergencia" para obtener información relacionada con la asistencia disponible para pacientes de los programas CRC y COPE. También quedan excluidos los servicios que da Pacific Diagnostic Laboratories en clínicas independientes fuera del campus. Además, queda excluido todo servicio que se dé en clínicas independientes que no están autorizadas como servicio del hospital. Servicios que se dan en la atención de urgencias de Cottage se excluyen de esta política.

DEFINICIONES

Cantidades facturadas generalmente o "AGB": una cantidad que se calcula utilizando la metodología descrita en esta Política que establece un límite en la cantidad que puede cobrar Cottage Health por atención de emergencia o médicamente necesaria dada en las instalaciones de un hospital de Cottage Health a un paciente elegible para asistencia económica basada en los criterios de elegibilidad descritos en esta Política. Según esta Política, AGB solo se aplica a los pacientes que son elegibles para los descuentos de asistencia económica debido a que Cottage Health cancela 100 % de la cantidad que los pacientes tienen la responsabilidad personal de pagar cuando demuestran que los ingresos del grupo familiar son iguales o menores que el 500 % del Nivel federal de pobreza.

Actividades de cobro extraordinarias (ECA): las medidas que puede tomar Cottage Health para cobrar una factura, incluyen: (1) medidas que exigen un proceso legal o judicial o (2) reportar información adversa a las agencias de informe de crédito o las oficinas de crédito.

Familiares: según la ley de California, la familia de un paciente, para las personas mayores de 18 años, son el cónyuge o pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años, que vivan o no en casa. Para las personas menores de 18 años, la familia del paciente está definida como los padres, familiares cuidadores y otros hijos de los padres o cuidadores que sean menores de 21 años. Para aquellos mayores de 18 años, el número de familiares debe corresponder directamente con el número de dependientes mencionados en la declaración de impuestos del año actual. Si la declaración de impuestos de este año no está disponible, o si el número de familiares no es el mismo que el número mencionado en la declaración de impuestos de este año, el paciente o la parte responsable deberán presentar uno o más de los siguientes documentos para demostrar el cambio en el número de familiares:

- certificado de nacimiento
- documentos federales de inmigración
- documentos de tutela

Nivel federal de pobreza (FPL): una medida uniforme de ingresos que está ajustada por inflación, publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y utilizada por Cottage Health para determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica según esta Política.

Asistencia económica: la atención caritativa (gratis) o con descuento dado a las personas que no pueden pagar sus facturas médicas del hospital, en parte o en su totalidad. La elegibilidad para la asistencia económica se determina sobre la base de los criterios identificados en esta Política.

Cargos brutos: el precio establecido y completo de Cottage Health para la atención médica que se cobra a los pacientes de manera constante y uniforme antes de aplicar cualquier rebaja contractual, descuento o deducción.

Garante: paciente u otra persona responsable por el pago de la atención del paciente.

Costos médicos altos: según la ley de California, una persona cuyos ingresos no superan el 400 % del Nivel federal de pobreza (FPL) y que tiene: (a) gastos de bolsillo anuales incurridos por la persona en Cottage Health que superen el menor de 10 % de los ingresos familiares del paciente en los últimos 12 meses o el 10 % del ingreso familiar actual del paciente; o, (b) si los gastos anuales de bolsillo superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si el paciente entrega la documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o la familia en los 12 meses anteriores.

Ingresos del grupo familiar: Los ingresos brutos del paciente/parte responsable, y los ingresos brutos de otros adultos que están mencionados como miembros del grupo familiar del paciente/parte responsable en la declaración de impuestos relevante. Los documentos aceptables de la fuente de ingresos se mencionan en el "Proceso de solicitud de asistencia económica" que se describe abajo.

Medicamento indigentes: los garantes que Cottage Health haya determinado que no pueden pagar algunas de sus facturas médicas o todas ellas porque superan cierto porcentaje de sus ingresos o activos familiares o por grupo familiar (por ejemplo, debido a costos o condiciones catastróficos), aunque tengan ingresos o activos que de otro modo superen los requisitos de elegibilidad que generalmente se aplican para obtener atención gratuita o con descuento según la política de asistencia económica. Las facturas y responsabilidades médicas que se consideran en esta determinación incluyen las de organizaciones externas a Cottage Health.

Atención médicamente necesaria: un tratamiento o servicio médico que es absolutamente necesario para tratar o diagnosticar a un paciente, que si se omite podría afectar adversamente la condición, la enfermedad o la lesión del paciente y que no se considera una cirugía cosmética ni un tratamiento electivo.

Activos monetarios: Activos intangibles que incluyen activos en efectivo, acciones, bonos, cuentas de ahorro y otras cuentas bancarias, pero que excluyen los planes de jubilación o remuneración diferida que califican según el Código de Impuestos Internos, planes de compensación diferida no calificada o cualquier propiedad o activos tangibles. Los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente y 50 % de los activos monetarios de un paciente arriba de los primeros diez mil dólares (\$10,000) están excluidos para fines de determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica. Para los pacientes que han fallecido, los activos monetarios incluyen los activos del patrimonio de la persona fallecida.

Idioma principal: un idioma usado por 1,000 personas o el 5 % de la comunidad que atiende un centro del hospital Cottage Health sobre la base de la Evaluación de necesidades de salud de la comunidad más reciente, hecha por el hospital.

ASISTENCIA ECONÓMICA DISPONIBLE

Requisitos de elegibilidad

La elegibilidad para la asistencia económica está basada en los siguientes criterios:

- Para obtener 100 % de asistencia económica, con frecuencia conocida como “ayuda benéfica”, Cottage Health considerará los ingresos del grupo familiar, el tamaño de la familia y los activos monetarios. Los pacientes con ingresos del grupo familiar iguales o menores al 500 % del FPL son elegibles para recibir 100 % de asistencia económica. Esto cumple el requisito según la ley de California de que los pacientes con ingresos familiares que no superan el 400 % del FPL y que (a) pagan por su cuenta, o (b) tienen costos médicos altos, serán elegibles para ayuda benéfica o pagos con descuento y no pagarán más de lo que el hospital esperaría recibir por prestar servicios a una entidad gubernamental de pago; estos pacientes son elegibles para recibir 100 % de asistencia económica.
- La atención con descuento está disponible para los pacientes con ingresos del grupo familiar arriba del 500 % del FPL y hasta de 700 % del FPL, considerando el número de familiares (y sin considerar los activos monetarios). Los porcentajes de descuento basados en los ingresos del grupo familiar y en el número de familiares concuerdan con las directrices de la escala variable del FPL anual y están adjuntos e incorporados en esta Política como Anexo A, Formulario de cálculo de asistencia económica para el paciente. Los descuentos se deducen de la responsabilidad financiera de desembolso directo (o gastos de bolsillo) del paciente. Si la solicitud del porcentaje de AGB lleva a una menor responsabilidad financiera del paciente que los descuentos logrados a través del Anexo A, se aplicará el descuento de AGB.
- Está disponible un 100 % de asistencia económica o atención con descuento para los garantes que demuestren que son médicamente indigentes. Para llegar a esta determinación, se pueden considerar los activos monetarios. Para determinar el estado de médicamente indigente de un garante, Cottage Health usará su exclusiva discreción.
- Los pacientes que reciben pago directo por la atención médica a través de una indemnización, Suplementario de Medicare o un fallo o acuerdo civil debido a la responsabilidad de un tercero no pueden tratar de obtener asistencia económica para la atención cubierta por dicho pago directo.
- Los pacientes que tienen seguro que se niegan a dar información suficiente a su aseguradora y eso da como resultado que la aseguradora deniegue un reclamo por tratamiento, no pueden tratar de obtener asistencia económica por los costos de la atención denegados.
- Los pacientes que piden que Cottage Health no facture a la aseguradora del paciente y que eligen pagar directamente de sus gastos de bolsillo tales servicios como paciente que paga por su cuenta no pueden tratar de obtener asistencia económica para los servicios pagados directamente.
- Los pacientes que sean elegibles para programas que califican por el FPL, como Medi-Cal, Medicaid y otros programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno, se consideran elegibles para recibir asistencia económica. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para recibir asistencia económica según esta política cuando los programas niegan el pago y luego consideran que los cargos se deben facturar al paciente. Los saldos de las cuentas de los pacientes que se generen por cargos no reembolsados son elegibles para una cancelación benéfica completa. Los cargos específicamente incluidos como elegibles son aquellos que están relacionados con lo siguiente:
 - Servicios denegados
 - Servicios no cubiertos
 - Denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (TAR)
 - Denegaciones debido a una cobertura limitada
 - Reclamos de Medicaid (incluyendo reclamos de Medicaid fuera del estado) “sin pago”
 - Cualquier servicio que se dé a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura y sin pago
 - Parte del costo para los miembros de Medicaid que son elegibles para asistencia económica
 - El paciente tiene un plan de Medicaid activo o es elegible para Medicaid
- Los pacientes con cobertura de terceros fuera de la red (no contratados) que quieran recibir servicios de hospital en Cottage Health y que no sean de emergencia no serán elegibles para obtener asistencia económica a menos que antes del servicio se negocie un Acuerdo de caso individual con el proveedor que no es de la red.
 - Esta cláusula no se aplica a la atención de condiciones médicas de emergencia, dentro del significado de EMTALA; consulte la Política del ED “EMTALA, Política de transferencia”.
 - Esta disposición no se aplica a los pacientes que tienen seguro a través de un pagador fuera de la red debido a negociaciones contractuales en curso.

- **Descubrimiento de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica durante el cobro** - aunque Cottage Health se esfuerza para determinar la asistencia económica del paciente lo más cercano posible al servicio, en algunos casos necesita más investigación para determinar la elegibilidad. Algunos pacientes que son elegibles para recibir asistencia económica no se identifican antes de iniciar la acción externa de facturación. Las agencias de facturación de Cottage Health pueden recibir notificación de esta posibilidad y se les pide que remitan las cuentas del paciente que puede ser elegible para recibir asistencia económica. Cuando se descubre que una cuenta es elegible para recibir asistencia económica, Cottage Health quitará la cuenta de deuda incobrable y documentará los descuentos respectivos en los cargos como ayuda benéfica.
- **Información actualizada de la política de acceso a atención médica en situaciones de crisis** - durante una emergencia pública, Cottage Health puede declarar acceso a atención médica por crisis y ajustar la política de asistencia económica para que cubra las necesidades de la comunidad en crisis. Estas situaciones pueden incluir, entre otros, emergencias de salud pública y desastres naturales. Si el acceso a atención médica por crisis aplica, Cottage Health adjuntará un anexo a la política. Los descuentos para el paciente, relacionados con acceso a atención médica por crisis, se pueden dar en el momento de la crisis sin importar la fecha de esta política.
- **Cargos no cubiertos/denegados para todas las coberturas** - Cualquier cargo no reembolsado por servicios no cubiertos o denegados por cualquier pagador, como los cargos por días más allá del límite de la duración de la estancia, los beneficios agotados, el saldo de cobertura restringida, las cuentas pendientes de Medicaid las negaciones del pagador se consideran una forma de asistencia financiera para pacientes en Santa Barbara Cottage Hospital, Goleta Valley Cottage Hospital, Santa Ynez Valley Cottage Hospital y Cottage Clinical Associates. Los cargos relacionados con estas denegaciones/cantidades no cubiertas que se cancelaron durante el año fiscal se informan como atención no compensada.
- **Atención caritativa presunta** - Se puede dar asistencia financiera en ausencia de una solicitud completa si el paciente no presenta la solicitud pero tiene otra información disponible que corrobora una dificultad financiera. El motivo de la presunta elegibilidad se reflejará en el código de transacción usado para adjudicar el reclamo del paciente. Se pueden incluir notas adicionales del paciente. Ejemplos de estas excepciones donde se renuncia a los requisitos de documentación incluyen, entre otros:
 - Una herramienta independiente de evaluación financiera basada en el crédito indica indigencia
 - Recibe activamente beneficios de programas de asistencia gubernamental, p. ej.: CALFRESH, Programas de comidas en la escuela, SNAP, WIC, TANF
 - Determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera del paciente por parte del vicepresidente de Revenue Cycle

La asistencia económica está disponible para todos los pacientes que cumplen los requisitos de elegibilidad definidos en esta Política, después de que se hayan aplicado todos los pagos del seguro médico privado. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia económica pueden incluir pacientes que son elegibles para Medi-Cal, pero cuyas fechas de elegibilidad no cubren toda la atención que reciben. Se puede dar asistencia financiera a pacientes sin seguro, y la responsabilidad del paciente para pacientes con seguro, incluyendo los cargos determinados como no asegurados por la estancia en el hospital, coseguro, copago, cantidades deducibles y otras responsabilidades por servicios de hospitalización médicamente necesarios que sean elegibles.

Si un estudiante que está solicitando asistencia económica es reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de la familia, entonces para determinar la elegibilidad para la asistencia económica se deben considerar todos los ingresos de la familia.

En el caso de los garantes fallecidos, consulte la política "8545.08 Pacientes fallecidos" para determinar los cambios en el garante en función de la transferencia legal de activos, y si estos están sujetos a una sucesión. Si Cottage no puede identificar a un cónyuge sobreviviente o activos identificables de los garantes fallecidos, o no puede identificar a un nuevo garante en función de una transferencia legal de responsabilidades, como en el caso de un paciente menor de edad, se supondrá que se dará ayuda benéfica y el saldo pendiente se cancelará como tal. Si un paciente fallecido tiene un cónyuge sobreviviente, y este ha optado por omitir la sucesión formal, el cónyuge sobreviviente puede pedir la asistencia económica, en cuyo caso se aplicarán los requisitos de elegibilidad descritos en esta Política.

A los pacientes que son elegibles para recibir asistencia económica según esta Política no se les cobrará más de las cantidades que se facturan generalmente.

Base para calcular las cantidades generalmente facturadas (AGB)

Los pacientes que se determine que son elegibles para recibir asistencia económica no tendrán que pagar (lo que quiere decir que tales pacientes no serán responsables personalmente de pagar) más que las cantidades facturadas generalmente (AGB) a las personas que tienen seguro por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, después de haber aplicado todas las deducciones, descuentos y reembolsos del seguro.

De acuerdo con la ley correspondiente, Cottage Health utiliza el “método retroactivo” para calcular las AGB. Específicamente, Cottage Health divide la suma de las cantidades de todos los reclamos de Cottage Health para toda la atención médica que ha sido permitida por el cargo por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de seguros médicos privados durante un período de 12 meses anteriores, entre la suma de los cargos brutos de todos esos reclamos. Los reclamos utilizados en el cálculo dependen de si el reclamo fue permitido por una aseguradora de seguro médico durante el período de 12 meses, no si la atención médica que tuvo como resultado el reclamo se dio durante ese período de 12 meses.

Cuando se incluyen los reclamos permitidos en el cálculo de los porcentajes de AGB, Cottage Health incluye la cantidad total permitida por la aseguradora, incluyendo tanto la cantidad que pagará o reembolsará la aseguradora como la cantidad (si hubiera) que el paciente (o el garante/fiador del paciente) es responsable de pagar personalmente como los copagos, coseguro y deducibles, sin importar si se paga o cuándo se paga en realidad la cantidad total y sin considerar ningún descuento aplicado a la parte del paciente.

Cada una de las instalaciones del hospital de Cottage Health utiliza un acuerdo de proveedor de Medicare distinto y cada una calcula su propio porcentaje de AGB para el centro basado en los reclamos y los cargos brutos de todas esas instalaciones del hospital. El porcentaje de AGB está disponible por escrito y gratis en el sitio web de Cottage Health en www.cottagehealth.org/FAP. Los pacientes también pueden pedir que se les envíe por correo y sin costo una copia impresa de las AGB de Cottage Health enviando una solicitud por correo electrónico a CottageBilling@sbch.org, llamando al 805-687-6510 o escribiendo a uno de los siguientes:

Cottage Health Business Office, 6550 Hollister Avenue, Goleta, CA 93117
Santa Barbara Cottage Hospital, 400 W. Pueblo St. Santa Barbara, CA 93105
Goleta Valley Cottage Hospital, 351 S. Patterson Ave., Goleta, CA 93111
Santa Ynez Valley Cottage Hospital, 2050 Viborg Rd., Solvang, CA 93463

PROCESO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Proceso

Para que una persona sea elegible para recibir asistencia económica, deberá presentar una Solicitud completa de la política de asistencia económica (Solicitud de FAP) y toda la documentación necesaria durante el período de solicitud. El período de solicitud termina en lo que ocurra de último entre:

- 1) el día 240 después de la fecha en que se entregó el primer estado de cuenta de la facturación después del alta, o
- 2) la fecha límite dada en el aviso de ECA de Cottage Health.

Una persona que presente una Solicitud de FAP puede que necesite enviar copias de la siguiente documentación, según corresponda:

- declaraciones de impuestos y tabla de respaldo (del año (1) anterior)
- estados de cuenta de todos los bancos y cuentas de inversión cubiertos por esta Política (tres [3] meses anteriores)
- facturas de pago de todos los empleos (tres [3] meses anteriores)
- formulario W-2 más reciente o declaración de desempleo
- declaración de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
- licencia de conducir o identificación con foto
- en algunos casos, certificado de nacimiento, documentos federales de inmigración o documentos de tutela.

A los pacientes se les podrá denegar la asistencia económica si no presentan una Solicitud de FAP completa y la documentación necesaria durante el período de solicitud. (Consulte "Envío de las solicitudes durante los períodos de notificación y solicitud", abajo, para obtener una mayor descripción de las Solicitudes de FAP completas e incompletas).

Cuando un paciente aplique o tenga una solicitud pendiente para otro programa de atención médica al mismo tiempo que el paciente envía una solicitud de asistencia económica, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa. Los pacientes son elegibles para aplicar a la asistencia económica según esta Política en cualquier momento durante el período de solicitud.

Información sobre la asistencia económica y ayuda con la Solicitud de FAP

El paciente o cualquier persona relacionada en la atención del paciente, incluyendo a un familiar o un proveedor, puede expresar la preocupación financiera en cualquier momento durante la atención del paciente. La solicitud de información relacionada con la asistencia económica se deberá enviar a la Oficina Administrativa de Cottage Health.

Los representantes están disponibles para dar información sobre el FAP y para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de FAP, en persona o por teléfono, como sigue:

Cottage Health Business Office
En persona: 6550 Hollister Avenue, Goleta, CA 93117
Teléfono: 805-879-8963
Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Impugnar una determinación de asistencia económica

En el caso de que haya una disputa relacionada con una determinación de asistencia económica o la revisión de una Solicitud de FAP, la persona afectada podría pedir una revisión por el vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Cottage Health. Esta solicitud para revisión se puede enviar por correo electrónico a CottageBilling@sbch.org o presentarse por teléfono al 805-879-8926.

MEDIDAS TOMADAS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO

Períodos de notificación y solicitud

Cottage Health notificará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia económica según esta Política y el proceso para que los pacientes puedan exigir dicha asistencia incluyendo un aviso en todos los estados de cuenta de facturación del paciente. Cottage Health no hará actividades extraordinarias de cobro (ECA) antes de hacer un esfuerzo razonable, como lo exigen las leyes estatales y federales, para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia económica según esta Política. Durante un período mínimo de 180 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta, que se conoce como el "Período de notificación", Cottage Health no empleará las ECA para cobrar las cantidades adeudadas.

Por lo menos 30 días antes de iniciar las ECA, Cottage Health:

- 1) Dará un aviso por escrito al paciente con información de la asistencia económica disponible según esta Política, copia de la solicitud de asistencia económica, las ECA específicas que Cottage Health tiene la intención de aplicar en caso de incumplimiento de pago, incluyendo el nombre de la agencia y una fecha límite para iniciar tales ECA y la declaración que se exige conforme a la ley de California con respecto a las prácticas justas de facturación de deuda y el cumplimiento de lo estipulado por la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission);
- 2) Entregará por escrito un resumen en lenguaje sencillo (Resumen en lenguaje sencillo) de esta Política, y
- 3) Hará el esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente sobre esta Política y cómo el paciente puede obtener asistencia con la Solicitud de FAP antes de que se inicien las ECA.

Después de concluir el Período de notificación y cumplir las disposiciones del aviso resumidas en esta sección, Cottage Health podría iniciar las ECA para cobrar las cantidades adeudadas.

Si Cottage Health recibe una Solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, Cottage Health suspenderá cualquier ECA que pudiera haber iniciado y tomará una determinación sobre la elegibilidad de la persona para recibir la asistencia económica.

Si Cottage Health recibe una Solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud, Cottage Health suspenderá cualquier ECA que haya iniciado y dará una oportunidad razonable para que el paciente envíe una Solicitud de FAP completa notificando al paciente sobre los requisitos para completar la Solicitud de FAP y dar la información de contacto para la Cottage Health Business Office.

El vicepresidente de Ciclo de ingresos de Cottage Health o su designado determinará, según cada caso, si Cottage Health hizo el esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia económica de acuerdo con esta Política y si Cottage Health puede iniciar las ECA.

Ajustes de la ayuda benéfica

Los pacientes que no presentan una solicitud de FAP completa, pero que tienen proyectado tener ingresos por grupo familiar del 500 % del FPL o menos (sobre la base de una evaluación financiera inicial) pueden calificar para un ajuste de ayuda benéfica según esta Política. Dicha evaluación financiera inicial usará la información que Cottage Health tiene disponible generalmente y será a discreción única de Cottage Health. Cottage Health podría usar la información obtenida de fuentes que no sean el paciente, incluyendo los cálculos de la capacidad de pago de una persona sobre la base de información pública y propietaria, información incluida en bases de datos disponibles públicamente e información proporcionada por proveedores terceros que usan la información incluida en bases de datos disponibles públicamente (por ejemplo, Orden de clasificación de asistencia de pago o "PARO"). Durante el Período de notificación, Cottage Health dará a dicha persona todos los avisos necesarios con respecto a la disponibilidad de la asistencia económica y la oportunidad de obtener asistencia para completar la Solicitud de FAP, al igual que un Resumen en lenguaje sencillo y los estados de cuenta de facturación en cumplimiento de cualquier saldo adeudado. A más tardar, al concluir el Período de notificación, incluso si la persona no ha exigido la asistencia financiera, Cottage Health podrá aplicar un ajuste de ayuda benéfica del 100 % por cualquier saldo adeudado para los pacientes con una evaluación financiera del 500 % del FPL o menos.

Cottage Health no tiene la intención de usar una determinación de elegibilidad para asistencia económica por medio de este proceso como un mecanismo para cumplir los requisitos de esfuerzo razonable de Cottage Health. En vez de eso, Cottage Health determinará la elegibilidad para la asistencia económica según esta Política solamente notificando a los pacientes sobre la Política y procesando las Solicitudes de FAP. El uso que hace Cottage Health de cualquier información de terceros con el fin de informar sobre los ajustes de la ayuda benéfica de Cottage Health, no constituye una posible determinación de elegibilidad para recibir la asistencia financiera según esta Política. Los pacientes deberán presentar una Solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud para que puedan ser tomados en consideración para recibir la asistencia económica.

Planes de pago

Los pacientes pueden ser elegibles para un plan de pago amplio y sin intereses, incluyendo los pagos del cargo con descuento. Los planes de pago se darán y se negociarán según la Política del plan de pago de Cottage Health.

Facturación y cobro

Aparte de iniciar las ECA, según lo descrito en esta Política, Cottage Health podría hacer intentos de facturación razonables para obtener el pago de los pacientes. La información obtenida durante el proceso de solicitud de asistencia económica no se puede usar en el proceso de facturación, ni por Cottage Health ni por alguna agencia de cobro que Cottage Health use. Las actividades generales de facturación pueden incluir emitir estados de cuenta del paciente, llamadas telefónicas, correos electrónicos y asegurarse de que se hayan enviado los estados de cuenta al paciente o al garante/fiador.

DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Preadmisión o inscripción: durante el proceso de preadmisión o inscripción (o tan pronto como sea factible después de eso), Cottage Health dará a todos los pacientes una copia impresa del Resumen de esta Política en lenguaje sencillo.

Estados de cuenta de facturación: los estados de cuenta de facturación de Cottage Health incluyen un Resumen en lenguaje sencillo y un teléfono para que los pacientes puedan llamar y hacer preguntas sobre la asistencia económica, y el sitio web donde los pacientes pueden obtener más información. En el estado de cuenta también se incluye un resumen de los derechos legales.

Revelación pública: todas las instalaciones del hospital de Cottage Health tienen letreros visibles para notificar e informar a los pacientes sobre la Política en lugares públicos incluyendo, entre otros, las áreas de admisión, salas de espera, oficinas de facturación, salas de emergencia y áreas de servicio del hospital para pacientes ambulatorios. Estos avisos públicos incluyen la información sobre el derecho del paciente de pedir un cálculo de la responsabilidad financiera por los servicios.

Copias impresas: las copias impresas de esta Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de FAP están disponibles cuando se soliciten y sin cargo en las áreas de admisión y salas de emergencia en las instalaciones del hospital de Cottage Health mencionadas abajo. Los pacientes también pueden pedir que les envíen por correo y sin costo copias impresas de estos documentos presentando una solicitud por correo electrónico a CottageBilling@sbch.org, llamando al 805-879-8963 o enviando una solicitud por escrito a uno de los siguientes:

Cottage Health Business Office, 6550 Hollister Avenue, Goleta, CA 93117
Santa Barbara Cottage Hospital, 400 W. Pueblo St. Santa Barbara, CA 93105
Goleta Valley Cottage Hospital, 351 S. Patterson Ave., Goleta, CA 93111
Santa Ynez Valley Cottage Hospital, 2050 Viborg Rd., Solvang, CA 93463

Sitio web: las copias impresas de esta Política, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de FAP están disponibles en el sitio web de Cottage Health en www.cottagehealth.org/FAP.

MyChart: los pacientes que tienen una cuenta de MyChart Cottage Health activada pueden completar la asistencia económica a través de la cuenta de MyChart.

Participación de la comunidad: Cottage Health trabajará con las organizaciones afiliadas, médicos, clínicas de la comunidad y otros proveedores de atención médica para avisar a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia económica según esta Política.

Esta Política, los Resúmenes en lenguaje sencillo y los formularios de Solicitud de FAP están disponibles en el sitio web de Cottage Health en www.cottagehealth.org/FAP y en copia impresa sin costo cuando se solicite, en los idiomas principales de cada Área de servicio de los centros del hospital Cottage Health. Además, todos los avisos y comunicaciones dados según esta Política estarán disponibles en los idiomas principales de cada Área de servicio de las instalaciones del hospital de Cottage Health y de manera que concuerde con todas las leyes federales y estatales. Para fines de esta Política, un idioma principal del Área de servicio del hospital es un idioma usado por 1,000 personas o por el 5 % de la comunidad que atiende el centro del hospital sobre la base de la Evaluación de necesidades de salud de la comunidad más reciente, hecha por el hospital.

REVISIÓN DE LA POLÍTICA

Esta Política la revisará periódicamente el Comité de Finanzas de la Junta Directiva de Cottage Health y la aprobación formal de cualquier cambio será aprobada por la Junta Directiva de Cottage Health.

FECHA DE REVISIÓN DE LA POLÍTICA

28 de septiembre de 2018. 27 de septiembre de 2019. 19 de junio de 2020. 4 de noviembre de 2020. abril 2022, mayo 2023

Anexo A

Formulario de cálculo de asistencia económica para el paciente 2024

▶ TABLA DE DESCUENTOS **2024**

Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)	% de descuento*	Ingresos familiares basados en la cantidad de miembros de la familia							
		Familia de 1 persona	Familia de 2 personas	Familia de 3 personas	Familia de 4 personas	Familia de 5 personas	Familia de 6 personas	Familia de 7 personas	Familia de 8 personas
500%	100%	\$75,300	\$102,200	\$129,100	\$156,000	\$182,900	\$209,800	\$236,700	\$263,600
510%	95%	\$76,806	\$104,244	\$131,682	\$159,120	\$186,558	\$213,996	\$241,434	\$268,872
520%	90%	\$78,312	\$106,288	\$134,264	\$162,240	\$190,216	\$218,192	\$246,168	\$274,144
530%	85%	\$79,818	\$108,332	\$136,846	\$165,360	\$193,874	\$222,388	\$250,902	\$279,416
540%	80%	\$81,324	\$110,376	\$139,428	\$168,480	\$197,532	\$226,584	\$255,636	\$284,688
550%	75%	\$82,830	\$112,420	\$142,010	\$171,600	\$201,190	\$230,780	\$260,370	\$289,960
560%	70%	\$84,336	\$114,464	\$144,592	\$174,720	\$204,848	\$234,976	\$265,104	\$295,232
570%	65%	\$85,842	\$116,508	\$147,174	\$177,840	\$208,506	\$239,172	\$269,838	\$300,504
580%	60%	\$87,348	\$118,552	\$149,756	\$180,960	\$212,164	\$243,368	\$274,572	\$305,776
590%	55%	\$88,854	\$120,596	\$152,338	\$184,080	\$215,822	\$247,564	\$279,306	\$311,048
600%	50%	\$90,360	\$122,640	\$154,920	\$187,200	\$219,480	\$251,760	\$284,040	\$316,320
610%	45%	\$91,866	\$124,684	\$157,502	\$190,320	\$223,138	\$255,956	\$288,774	\$321,592
620%	40%	\$93,372	\$126,728	\$160,084	\$193,440	\$226,796	\$260,152	\$293,508	\$326,864
630%	35%	\$94,878	\$128,772	\$162,666	\$196,560	\$230,454	\$264,348	\$298,242	\$332,136
640%	30%	\$96,384	\$130,816	\$165,248	\$199,680	\$234,112	\$268,544	\$302,976	\$337,408
650%	25%	\$97,890	\$132,860	\$167,830	\$202,800	\$237,770	\$272,740	\$307,710	\$342,680
660%	20%	\$99,396	\$134,904	\$170,412	\$205,920	\$241,428	\$276,936	\$312,444	\$347,952
670%	15%	\$100,902	\$136,948	\$172,994	\$209,040	\$245,086	\$281,132	\$317,178	\$353,224
680%	10%	\$102,408	\$138,992	\$175,576	\$212,160	\$248,744	\$285,328	\$321,912	\$358,496
690%	5%	\$103,914	\$141,036	\$178,158	\$215,280	\$252,402	\$289,524	\$326,646	\$363,768
700%	0%	\$105,420	\$143,080	\$180,740	\$218,400	\$256,060	\$293,720	\$331,380	\$369,040

* Los descuentos se aplican a la responsabilidad económica de gastos de bolsillo para la factura de Cottage Health.
 Los niveles de ingresos familiares anuales hasta del valor en dólares indicado son elegibles para obtener el descuento correspondiente.
 Fecha de entrada en vigor 01/01/2024

