



POLÍTICA

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

Esta Política de asistencia financiera al paciente (en adelante, Política) establece los requisitos de elegibilidad y el proceso de solicitud para la asistencia financiera 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 con las leyes estatales y federales.

Cottage Health proporciona atención de afecciones médicas de emergencia, sin discriminación, dentro del significado de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) a las personas, independientemente de [su capacidad para pagar por los servicios](#).

ALCANCE

Servicios cubiertos

Esta Política cubre los cargos técnicos y del centro médico por la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria proporcionada en las instalaciones de los siguientes hospitales de Cottage Health:

- Santa Barbara Cottage Hospital;
- Santa Ynez Valley Cottage Hospital, y
- Goleta Valley Cottage Hospital.

Servicios no cubiertos

Cargos del médico no cubiertos

La ley de California no permite a Cottage Health emplear directamente a los médicos, lo que significa que todos los médicos que proporcionan atención médica en las instalaciones de Cottage Health están bajo contrato. Como resultado, esta Política no cubre los honorarios de los médicos (también conocidos como "honorarios de profesionales") por la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria proporcionada por los médicos y algunos otros profesionales médicos que tratan a los pacientes en las instalaciones del hospital de Cottage Health.

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

- Médicos del Departamento de Emergencia
- Hospitalistas
- Internistas
- Radiólogos y grupos de radiología
- Anestesiólogos y grupos de anestesiistas
- Patólogos

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

- Servicios cardiovasculares
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Neurología/neurocirugía
- Obstetricia/ginecología
- Oncología
- Oftalmología
- Cirugía ortopédica
- Otolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Cuidado crítico/pulmonar
- Cirugía 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 honorarios profesionales facturados por estos proveedores de atención médica es responsabilidad del paciente y no califican para un descuento ni para un ajuste de atención caritativa en virtud de 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 proporcionada en las instalaciones de un hospital de Cottage Health.

Aunque los médicos de emergencia no están cubiertos por esta Política, en virtud de la ley de California un médico de emergencia que proporcione servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de emergencia está obligado por la ley a proporcionar descuentos a los siguientes: (1) pacientes sin seguro que están en 350% o menos del Nivel federal de pobreza, y (2) pacientes con costos médicos altos (según se define más adelante) que están en 350% o menos del Nivel federal de pobreza. Este requisito no impone obligaciones adicionales a Cottage Health. Los pacientes pueden obtener información adicional sobre este requisito directamente del médico de emergencia que les proporcionó la atención médica.

Servicios adicionales no cubiertos

Por lo general, la cirugía cosmética, el tratamiento voluntario de la salud conductual y los servicios para casos de dependencia química se consideran servicios que no son de emergencia y atención que no es médicamente necesaria, y quedan excluidos de esta Política. También quedan excluidos los servicios que proporciona Pacific Diagnostic Laboratories en clínicas independientes fuera del campus. Además, queda excluido todo servicio que se proporcione en clínicas independientes que no cuenten con licencia como servicio del hospital.

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 proporcionada en las instalaciones de un hospital de Cottage Health a un paciente elegible para asistencia financiera con base 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 financiera debido a que Cottage Health cancela 100% de la cantidad que los pacientes tienen la responsabilidad personal de pagar cuando demuestran ingresos del grupo familiar de 350% del Nivel federal de pobreza.

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

Miembros de la familia: en virtud de la ley de California, la familia de un paciente para las personas de 18 años de edad en adelante son el cónyuge o pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan o no en casa. Para las personas menores de 18 años de edad, la familia del paciente está definida como los padres, parientes encargados del cuidado y otros hijos de los padres o encargado del cuidado que sean menores de 21 años de edad. El número de miembros de la familia debería corresponder directamente con el número de dependientes indicados en la declaración de impuestos del año actual. Si la declaración de impuestos de este año no está disponible, o si el número de miembros de la familia no es el mismo que el número indicado en la declaración de impuestos de este año, el paciente o la parte responsable deberán proporcionar 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 financiera según esta Política.

Asistencia financiera: la atención caritativa (gratis) o con descuento proporcionada a las personas que no pueden pagar sus facturas médicas del hospital en parte o en su totalidad. La elegibilidad para la asistencia financiera se determina con base en 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 o fiador: paciente u otra persona responsable por el pago de la atención del paciente.

Costos médicos altos: en virtud de la ley de California, una persona cuyos ingresos no superan el 350% del Nivel federal de pobreza (FPL) y que tiene: (a) costos anuales de desembolso directo o de bolsillo incurridos por la persona en Cottage Health que superen del 10% de los ingresos familiares del paciente en los últimos 12 meses, o (b) si los gastos anuales de desembolso directo o de bolsillo superan del 10% de los ingresos familiares del paciente si el paciente proporciona la documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.

Ingresos del grupo familiar: los ingresos brutos del paciente/parte responsable, al igual que los ingresos brutos de otros adultos que están anotados como miembros del grupo familiar del paciente/parte responsable en la declaración de impuestos relevante. Los documentos aceptables de la fuente de ingresos están detallados en el "Proceso de solicitud de asistencia financiera" que se describe más adelante.

Medicamento indigentes: los garantes que Cottage Health haya determinado que no pueden pagar algunas de sus facturas médicas o todas ellas porque superan un determinado 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 en virtud de la política de asistencia financiera. 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 el estado, la enfermedad o la lesión del paciente y que no se considera una cirugía ni un tratamiento cosmético o 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 compensación diferida que califican en virtud del Código de Rentas Internas, 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 financiera. Para los pacientes que han fallecido, los activos monetarios incluyen los activos del patrimonio de la persona fallecida.

Idioma principal: un idioma utilizado por 1,000 personas o 5% de la comunidad (lo que sea menor) que atiende las instalaciones de un hospital de Cottage Health con base en la Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad más reciente realizada por las instalaciones del hospital.

ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLE

Requisitos de elegibilidad

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

- Para obtener 100% de asistencia financiera, con frecuencia conocida como "atención caritativa", Cottage Health se considerarán 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 350% del FPL son elegibles para recibir 100% de asistencia financiera. Esto satisface el requisito en virtud de la ley de California de que los pacientes con ingresos familiares que no superan el 350% del FPL y que (a) pagan por su cuenta, o (b) tienen costos médicos altos, serán elegibles para atención caritativa o pagos con descuento y no pagarán más de lo que el hospital esperaría recibir por proporcionar servicios a una entidad gubernamental de pago; estos pacientes son elegibles para recibir 100% de asistencia financiera.
- La atención con descuento está disponible para los pacientes con ingresos del grupo familiar arriba del 350% del FPL hasta 445% del FPL, considerando el número de miembros en la familia (y sin considerar los activos monetarios). Los porcentajes de descuento basados en los ingresos del grupo familiar y en el número de miembros de la familia 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 financiera para el paciente. Los descuentos se deducen de la responsabilidad financiera de desembolso directo (o gastos de bolsillo) del paciente. Si la aplicación 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.
- Se encuentra disponible un [100 % de asistencia financiera 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, Suplemento de Medicare o un fallo o acuerdo civil debido a la responsabilidad de un tercero no pueden tratar de obtener asistencia financiera para la atención cubierta por dicho pago directo.
- Los pacientes que tienen seguro que se niegan a proporcionar información suficiente a su aseguradora y eso tiene como resultado que la aseguradora deniegue un reclamo por tratamiento, no pueden tratar de obtener asistencia financiera por los costos de la atención denegados.
- Los pacientes que solicitan que Cottage Health no facture a la aseguradora del paciente y que eligen pagar directamente (de su bolsillo) tales servicios como paciente que paga por su cuenta no pueden tratar de obtener asistencia financiera para los servicios pagados directamente.
- [Los pacientes que sean elegibles para programas que califican en virtud del 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 financiera. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política cuando los programas deniegan 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 caritativa completa. Los cargos específicamente incluidos como elegibles son aquellos que están relacionados con lo siguiente:](#)
 - [Denegación de estadías como paciente hospitalizado](#)
 - [Denegación de días de atención como paciente hospitalizado](#)
 - [Servicios no cubiertos](#)
 - [Denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento \(TAR\)](#)
 - [Denegaciones debido a una cobertura limitada](#)

La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad definidos en esta Política y se aplica a los cargos técnicos y del centro médico de Cottage Health después de que se hayan aplicado todos los pagos del seguro médico privado. Los pacientes que son elegibles para recibir la asistencia financiera pueden incluir a los pacientes que son elegibles para Medi-Cal, pero cuyas fechas de elegibilidad no cubran la totalidad de la atención que reciben en las instalaciones del hospital.

Si un estudiante que está solicitando la asistencia financiera es reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de la familia, entonces para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera 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](#) 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 otorgará caridad presunta 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 solicitar la asistencia financiera, en cuyo caso se aplicarán los requisitos de elegibilidad descritos en esta Política.

A los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política no se les cobrará más de las cantidades facturadas generalmente.

Base para calcular las cantidades facturadas generalmente (AGB)

Los pacientes que se determine que son elegibles para recibir asistencia financiera 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 y demás atención necesaria médicamente, 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 anterior 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 prestó durante ese período de 12 meses.

Cuando se incluyen los reclamos permitidos en el cálculo de sus porcentajes de AGB, Cottage Health toma en cuenta la cantidad total que fue permitida por la aseguradora del seguro médico, 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 personalmente de pagar como copagos, coaseguro y deducibles, sin importar cuándo ni si se paga en realidad toda la cantidad permitida y sin considerar cualquier 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 su centro con base en los reclamos y los cargos brutos de todas esas instalaciones del hospital. Dicho porcentaje de AGB está disponible por escrito y sin costo en el sitio web de Cottage Health en www.cottagehealth.org/FAP. Los pacientes también pueden solicitar 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) 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
PROCESO DE SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Proceso

Para que una persona sea considerada para recibir asistencia financiera, deberá enviar una Solicitud de la política de asistencia financiera (Solicitud de FAP) y toda la documentación requerida durante el período de solicitud. El período de solicitud termina en lo que ocurra último entre:

- 1) el día 240 después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta de la facturación después del alta, o
- 2) la fecha límite proporcionada en el aviso de medidas extraordinarias de cobro de Cottage Health.

Una persona que envíe una Solicitud de FAP podría tener que enviar copias de la siguiente documentación, según corresponda:

- declaraciones de impuestos y anexos de apoyo (dos [2] años anteriores)
- estados de cuenta de todos los bancos y cuentas de inversión cubiertos por esta Política (tres [3] meses anteriores)
- recibos 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 financiera si no presentan una Solicitud de FAP completa y la documentación requerida durante el período de solicitud. (Consultar "Envío de las solicitudes durante los períodos de notificación y solicitud" más adelante para obtener una mayor descripción de las Solicitudes de FAP completas e incompletas).

Cuando un paciente solicite o tenga una solicitud pendiente para otro programa de atención médica al mismo tiempo que el paciente solicita la asistencia financiera, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa. Los pacientes son elegibles para solicitar la asistencia financiera en virtud de esta Política en cualquier momento durante el período de solicitud.

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

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

Los representantes están disponibles para proporcionar 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: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Disputa de una determinación de asistencia financiera

En el caso de que haya una disputa relacionada con una determinación de asistencia financiera o la revisión de una Solicitud de FAP, la persona afectada podría solicitar 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 hacer por teléfono llamando al (805) 879-8926.

MEDIDAS TOMADAS EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO

Períodos de notificación y solicitud

Cottage Health notificará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta Política y el proceso para que los pacientes puedan solicitar dicha asistencia por medio de un aviso en todos los estados de cuenta de facturación del paciente. Cottage Health no tomará medidas extraordinarias de cobro antes de hacer un esfuerzo razonable, tal como lo disponen las leyes estatales y federales, para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política. Durante un período de un mínimo de 150 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 tomará medidas extraordinarias de cobro para cobrar las cantidades adeudadas.

Por lo menos 30 días antes de iniciar las medidas extraordinarias de cobro, Cottage Health hará lo siguiente:

- 1) proporcionar un aviso por escrito al paciente con la información sobre la asistencia financiera disponible en virtud de esta Política, las medidas extraordinarias de cobro específicas que Cottage Health tiene la intención de tomar en el caso de incumplimiento del pago y una fecha límite para iniciar tales medidas extraordinarias de cobro, al igual que la declaración requerida conforme la ley de California con respecto a las prácticas justas de cobro de deuda y el cumplimiento de lo estipulado por la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission);
- 2) proporcionar un resumen por escrito en lenguaje sencillo (Resumen en lenguaje sencillo) de esta Política, y
- 3) hacer 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 medidas extraordinarias de cobro.

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

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

Si Cottage Health recibe una Solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud, Cottage Health suspenderá cualquier medida extraordinaria de cobro que pudiera haber iniciado y proporcionará 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 proporcionar 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 ha hecho un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta Política y si Cottage Health puede iniciar las medidas extraordinarias de cobro.

Ajustes de la atención caritativa

Los pacientes que no envíen una Solicitud de FAP completa, pero que tienen proyectado tener ingresos por grupo familiar del 350% del FPL o menos (sobre la base de una evaluación financiera inicial) pueden calificar para un ajuste de atención caritativa en virtud de esta Política. Dicha evaluación financiera inicial utilizará la información que Cottage Health tiene disponible generalmente y será a discreción única de Cottage Health. Cottage Health podría utilizar la información obtenida de fuentes que no sean el paciente, incluyendo las estimaciones 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 proporcionará a dicha persona todos los avisos requeridos con respecto a la disponibilidad de la asistencia financiera 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 solicitado la asistencia financiera, Cottage Health podrá aplicar un ajuste de atención caritativa del 100 % por cualquier saldo adeudado para los pacientes con una evaluación financiera del 350 % del FPL o menos.

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

Planes de pago

Los pacientes pueden ser elegibles para un plan de pago prolongado y sin intereses, que incluye los pagos del cargo con descuento. Los planes de pago se ofrecerán y se negociarán de acuerdo con la Política del plan de pago de Cottage Health.

Facturación y Cobro

Aparte de iniciar las medidas extraordinarias de cobro, según lo descrito en esta Política, Cottage Health podría hacer intentos de cobro razonables para obtener el pago de los pacientes. La información obtenida durante el proceso de solicitud de asistencia financiera no se puede utilizar en el proceso de cobro, ni por Cottage Health ni por alguna agencia de cobro que Cottage Health use. Las actividades generales de cobro 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 FINANCIERA

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

Estados de cuenta de facturación: los estados de cuenta de facturación del hospital de Cottage Health incluyen un Resumen en lenguaje sencillo, incluyendo un número de teléfono para que los pacientes puedan llamar y preguntar sobre la asistencia financiera, al igual que el sitio web donde los pacientes pueden obtener información adicional. En el estado de cuenta también se incluye un resumen de los derechos legales.

Divulgación 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 que incluyen, pero no se limitan a 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 solicitar 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 si las solicita y sin cobro en las áreas de admisión y salas de emergencia en las instalaciones del hospital de Cottage Health indicadas a continuación. Los pacientes también pueden

solicitar que se les envíe por correo y sin costo las copias impresas de estos documentos enviando 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.

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 financiera en virtud de 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 como copia impresa, si los solicita y sin costo alguno, en los idiomas principales de cada Área de servicio de las instalaciones del hospital de Cottage Health. Además, todos los avisos y comunicaciones proporcionados conforme a 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 utilizado por 1,000 personas o por el 5% de la comunidad (lo que sea menor) que atiende las instalaciones del hospital con base en la Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad más reciente realizada 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