

I. Tabla de Contenido

- II. Propósito..... 2
- III. Definiciones..... 2
- IV. Procedimiento..... 3
 - A. Criterios Generales de Elegibilidad y Método para Solicitar Asistencia:..... 3
 - B. Información Adicional..... 3
 - C. Lista de Proveedores y No Proveedores: 4
 - D. Cantidad Generalmente Facturada-Limitación de Cargos..... 4
- V. Apéndices..... 6

II. Propósito

Esta póliza de asistencia financiera definirá cuándo se proporcionará asistencia financiera. La póliza se aplica a todas las emergencias y otras atenciones médicamente necesarias, proporcionada por el centro hospitalario, incluyendo la atención proporcionada por las entidades relacionadas sustancialmente. La atención de emergencia se proporciona sin discriminación y sin importar la habilidad de un individuo pagar. Es la póliza de Circles of Care, Inc. de proporcionar una evaluación financiera a cualquier paciente o persona responsable del cuidado del paciente en busca de asistencia financiera/caridad.

Circles of Care, Inc. Asistencia Financiera

El paciente o parte responsable no debe tener la habilidad de pagar por la atención médicamente necesaria del paciente. La capacidad de pago se determina mediante el uso de las pautas federales de pobreza (FPG). Consulte el Apéndice 3 para el FPG actual.

El gobierno federal actualiza estas pautas anualmente. La habilidad de pagar también se determina mediante la evaluación de bienes y esperando los resultados de litigios para reclamaciones pendientes de responsabilidad civil.

Cuando se les pregunta, Circles of Care, Inc. (COC) determinará si el paciente o la persona responsable tiene la capacidad de pagar. La evaluación para asistencia financiera es gratuita. No se dará asistencia financiera para atención médica a menos que sea médicamente necesaria. La asistencia financiera incluye atención gratuita y descontada.

El resto de esta póliza de asistencia financiera proporciona más información acerca de cómo un paciente o persona responsable de un paciente puede pedir ayuda financiera. Esta describe cuándo un paciente será considerado elegible para recibir asistencia financiera. Además, define la cantidad de asistencia financiera proporcionada al cumplir con los requisitos de esta póliza.

III. Definiciones

Cantidades Generalmente Facturadas “Amounts Generally Billed (AGB)”:

Las cantidades generalmente facturadas se utilizan para determinar las cantidades de copago de asistencia financiera. COC realizará un análisis anual, “look-back” (mirada retrospectiva) lo cual incluirá todas las reclamaciones pasadas que se han pagado en un período de doce meses. Esto incluye Medicare, Medicaid, planes de cuidado comercial, planes de cuidados administrados y pagos de pacientes. La AGB se calcula dividiendo la suma de los pagos por el total de los cargos facturados. Ese porcentaje se multiplica por los cargos totales por cada encuentro del paciente para llegar al AGB por encuentro. El AGB por encuentro se usa luego con la escala de cuotas deslizantes “Sliding Fee Scale” (ver apéndices 2 & 3) para crear una cantidad de pago que siempre será menor que la AGB actual. Para obtener instrucciones o información adicional detallada, consulte los apéndices 2 y 3.

Pautas Federales de Pobreza Federal Poverty Guidelines (FPG):

Una medida de ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se usan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluyendo ahorros en el en el mercado de seguro de salud, Medicaid y cobertura “CHIP”.

Asistencia Financiera Circles of Care:

Asistencia financiera es proporcionada a los pacientes que cumplen con las pautas específicas del cuidado de caridad. Se proporciona a los pacientes después de emergencia o los servicios médicamente necesarios prestados.

Medicaid:

Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid también ofrece beneficios no cubiertos normalmente por Medicare, como el cuidado del hogar de ancianos y los servicios de cuidado personal.

IV. Procedimiento

A. Criterios Generales De Elegibilidad and Method for Applying for Assistance:

Criterios Generales De Elegibilidad

Se determinan los criterios de elegibilidad de los pacientes:

1. Residencia del condado y estado de ciudadanía/inmigración
2. Tamaño de unidad familiar del paciente
3. Ingreso bruto de la unidad familiar en relación con las pautas actuales Federales de Pobreza (FAP).
4. Documentación que pueda ser requerida para determinar el ingreso (ej., W-2, Forma 1040, talonario, tarjeta SNAP, etc.)

Se emitirá una determinación utilizando una escala móvil de tarifas. El paciente es responsable de las tarifas/copagos aplicables por encuentro.

COC reunirá información sobre los ingresos de un paciente u otro responsable. El resultado determinará su elegibilidad para la asistencia financiera, la cantidad del descuento que recibirá y la cantidad que se requerirá que pague. COC proporcionará consejería de asistencia financiera a petición, sin cargo adicional, antes o después de que el paciente reciba los servicios.

Método para Aplicar para Asistencia

Los pacientes deben completar el proceso de solicitud antes de la evaluación para obtener ayuda financiera. Para una copia de la aplicación, ver la pagina web, <https://www.circlesofcare.org>. Para obtener una copia impresa llame al 321- 722-5200 ext. 5904, o 5905.

Aplicaciones completadas deben ser enviadas por correo a: Business Office, 400 Sheridan Road, Melbourne FL 32901 o enviado por fax al 321-953-7572.

B. Información Adicional

La elegibilidad se puede aplicar retroactivamente a la cuenta del paciente del balance abierto de COC por 240 días; antes de la fecha inicial asignada de COC. La elegibilidad más allá del período retroactivo de 240 días debe ser aprobada por un administrador, vicepresidente o designado.

COC proporcionará una declaración por escrito a los pacientes o a las partes responsables cuando califiquen para recibir ayuda financiera.

Un paciente o parte responsable puede solicitar ayuda financiera para cualquier deuda incurrida hasta 240 días después de la primera declaración de facturación después de la descarga. Esto incluye balances de cuentas después del pago del seguro. Los criterios a continuación se utilizan cuando COC considera la solicitud. El paciente o persona responsable puede calificar para el 100% de descuento si se aplica lo siguiente:

1. El paciente o la persona responsable tiene un ingreso total de familia de menos o igual al 200% del FPG (según las pautas federales de pobreza más recientes publicadas); o
2. El paciente o la persona responsable tiene un balance adeudado catastrófico que excede el 25% de su ingreso anual del hogar. (Ref. Apéndice #3)
3. No se cobrará a los pacientes elegibles más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) para emergencias u otros cuidados médicamente necesarios.

C. Lista de Proveedores y No Proveedores:

Esta póliza de asistencia financiera sólo se aplica a los servicios prestados por COC en sus instalaciones y servicios proporcionados por los médicos empleados de COC. Consulte el Apéndice 4-lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera.

D. Cantidades Generalmente Facturadas-Limitaciones de Cargos:

A los pacientes elegibles para Plan de Asistencia Financiera no se les cobrará más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) para emergencias u otros cuidados médicamente necesarios.

Cantidades Generalmente Facturadas

Circles of Care (COC) provee asistencia financiera y atención de caridad a los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Después de que la cuenta (s) del paciente sea reducida por el ajuste de la ayuda financiera, el paciente/garante es responsable del restante de su deuda pendiente que no será más que las cantidades generalmente facturadas.

Circles of Care determina Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) utilizando el método "look-back" mirada retrospectiva. El porcentaje AGB es calculado mediante el uso de reclamos permitidos por Medicare y todo otro asegurador de servicios hospitalarios con una fecha de descarga del año fiscal anterior (Julio-Junio). Para estas reclamaciones, la suma de todas las cantidades de reembolsos admisibles se dividen por los cargos brutos asociados. El porcentaje AGB es aplicable desde el 1ero de Julio de cada año.

El porcentaje de AGB se aplicará en caso de emergencia o atención médicamente necesaria para personas que sean elegibles para recibir asistencia financiera. El porcentaje se aplicará a los cargos brutos por dicha atención para determinar la cantidad máxima que un individuo es personalmente responsable de pagar con respecto a dicha atención. El descuento adicional de las pautas federales de pobreza se aplicará a los cargos ya descontados por el descuento AGB.

El porcentaje de AGB es aplicable a partir del 1 de julio de cada año. Por favor refiérase al Apéndice 2 para el porcentaje actual de AGB.

1. Recursos para Paciente:

Se proporcionan los siguientes recursos para ayudar al paciente a comprender la documentación necesaria para la evaluación financiera y los requisitos de otras fuentes potenciales de financiación:

- a. La carta de evaluación financiera del paciente resumirá los documentos requeridos. En situaciones especiales documentos adicionales pueden ser requeridos.
- b. El catálogo "Asistencia Financiera para Atención Médica" está disponible en todas las áreas de registro y servicios de admisión para la revisión del paciente. El catálogo también está disponible en: <https://www.circlesofcare.org>.
- c. Los copagos aplicables se han establecido por clasificación financiera, como se indica en el Programa de Tarifa de Circles of Care. El programa de Tarifa "Fee Schedule" también está disponible en: <https://www.circlesofcare.org>.
- d. Todos los formularios utilizados en la Evaluación Financiera están disponibles en <https://www.circlesofcare.org>.

2. Re-evaluaciones

- a. Si el ingreso, el seguro o el tamaño familiar del paciente cambia significativamente dentro de un periodo anual de calificar, por un periodo continuo de cuatro semanas o más, es responsabilidad del paciente notificar al Departamento de Evaluación Financiera de Circles of Care mediante una cita de reevaluación.
- b. Los pacientes pueden solicitar una reevaluación debido a cualquier cambio(s) de estado; enumerados a continuación:
 - i. Ingreso bruto familiar.
 - ii. Cambio en número de dependientes.
 - iii. Estado de residencia.
- c. La nueva clasificación solo será aplicada a futuros encuentros. Por lo tanto, las facturas incurridas después del beneficio inicial determinado, pero antes de los nuevos beneficios, se descontarán en función de la clasificación inicial del paciente.
- d. Toda información e individuos envueltos en el proceso de evaluación no serán reportados ni referidos a USCIS o a cualquier agencia de la ley o de aduanas.

3. Apelaciones

Los pacientes tienen el derecho de apelar su evaluación dentro de (60) días de recibir su tasa de evaluación financiera. El Formulario de apelación está disponible en <https://www.circlesofcare.org>.

4. Renovaciones

Los pacientes pueden solicitar la renovación de un estado de evaluación financiera llamando a Cuentas de los Pacientes al 321-722-5200 x5903. Los documentos proveídos para renovaciones deben ser actualizados. Una aplicación nueva y los formularios aplicables deben ser completados y firmados en la renovación de beneficios.

5. Elegibilidad Presumida FAP:

COC puede utilizar un proceso abreviado de aprobación de asistencia financiera para los pacientes o las partes responsables en las cuentas que cumplen los siguientes criterios:

- a. Pacientes, lo cual son elegibles para FPL- los programas calificados como Medicaid y otros programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno son considerados indigentes. Por lo tanto, tales pacientes son elegibles para la atención caridad cuando el pago para los servicios no es hecho por los programas. Cuentas de balance del paciente que resulten con cargos que no han sido reembolsados son elegibles para anular cargos totales bajo caridad.

Se incluyen específicamente como elegibles, los cargos relacionados con los siguientes:

Beneficios agotados

- b. El paciente ha fallecido y no se ha llenado ningún patrimonio con el tribunal del condado o la residencia del paciente, después de un año desde la fecha del día de fallecimiento.
- c. Pacientes que han sido aprobados para la cobertura del programa de víctimas de crimen.

6. Póliza de Cuido de Emergencia Medica “EMCP (Emergency Medical Care Policy)”:

La póliza de Circles of Care’s es proveer atención emergencia y estabilización a todos los pacientes independientemente de su habilidad de pagar. Si después del examen, se determina que la atención de emergencia no es médicamente necesaria, entonces nos referiremos a los recursos no emergentes apropiados.

7. Esfuerzos de Colecciones

Circles of Care no utiliza esfuerzos extraordinarios de colección. COC no informa a las agencias de crédito, ni utiliza agencias de cobros externa para el cobro de deudas incobrables. COC mantiene una póliza de Facturación y Colecciones separada, y esta es disponible a pedido. Por favor, contacte nuestra Oficina de Negocios al (321) 722-5200 para hacer una petición. También puede ser obtenida en nuestra página web <https://www.circlesofcare.org>. Asistencia en idioma español está disponible en 321-722-5200.

V. Apéndices

Apéndice 1, Resumen Simple Póliza de Asistencia Financiera (FAP)

Apéndice 2, Molde para Descuento de Paciente

Apéndice 3, Pautas de Tarifa de Descuento

Apéndice 4, Lista de Proveedores Cubiertos por la Póliza de Asistencia Financiera (FAP)

Reviewing Committee(s): Not Applicable

Authorization: Vice President of Business & Finance

FAP Adoption Date by Board of Directors: September 17, 2018

APENDICE 1

Resumen Simple Póliza de Asistencia Financiera (FAP)

1. Como parte de su misión, Circles of Care proporciona asistencia financiera para emergencia y otras atenciones medicamentes necesarias a los pacientes que carecen la habilidad de pagar por los servicios. El propósito de este resumen de pólizas es establecer un guía de lenguaje simple, perteneciente a la evaluación y aprobación de los solicitantes de asistencia financiera.
2. Determinación de la habilidad de pagar puede tener en cuenta una serie de variables financieras, incluyendo pero no limitadas a:
 - A. El estado de ganancia y el potencial del paciente y familia.
 - B. Otras fuentes de ingreso, bienes, fondos disponibles.
 - C. Tamaño de la familia
 - D. Medios alternativos de asistencia disponibles, como Medicaid.
3. Una copia impresa gratuita, incluyendo traducción en español de la FAP y la solicitud puede ser obtenida en nuestra página web. <https://www.circlesofcare.org>. Copias impresas también pueden ser obtenidas en 400 E. Sheridan Road, Melbourne FL, 32901 ó llamando al 321-722-5200 y pedir que sea enviada por correo. Asistencia en español es disponible al 321-722-5200.
4. Circles of Care le cobrará a la persona por emergencia u otra atención medicamento necesaria que cualifique bajo la FAP, menos de la cantidad generalmente facturada por emergencia u otra atención medicamento necesaria a individuos que tienen seguro cubriendo tal cuidado.
5. Los descuentos de asistencia financiera estarán disponibles sólo para emergencias u otros servicios de salud médicamente necesarios para las personas que cumplen con los criterios financieros y documentación definidos en la póliza FAP. Esta definición también incluye cualquier cliente establecido que recibe servicios en un gobierno federal, Central Florida Cares Health System, Estado de Florida, o programa financiado en Condado de Brevard de Circles of Care, Inc.
6. Los pacientes que no tengan seguro médico o estén insuficientemente asegurados y tienen un ingreso familiar en o por debajo del 200% de las pautas federales de pobreza (FPG) pueden recibir atención gratuita (un 100% de descuento). Los individuos con ingresos anuales del hogar entre 201% y 400% FPG serán elegibles para un descuento de hasta un 75% de los cargos normales, basado en una escala de "Sliding Scale" como se ilustra en el Apéndice 3 del FAP. Este horario se actualizará anualmente a las pautas federales de pobreza publicadas actuales. Para aquellos que califiquen, el descuento se aplicará a nuestras cuentas por lo general facturado calendario de cuotas.
7. Para información sobre nuestra Póliza de Asistencia Financiera y el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, Facturación y Cobros ó para obtener asistencia con el proceso de solicitud, por favor comuníquese con Cuentas de Paciente al (321) 722-5200 ext.5903. Asistencia en español está disponible en 321-722-5200.
8. La asistencia financiera se considerará en cualquier momento del ciclo de la facturación, hasta 240 días desde la primera fecha facturada, la fecha de la descarga ó la fecha de servicio.

Copias de nuestra póliza de Asistencia Financiera, formulario de solicitud, y este resumen están disponibles en Inglés y Español.
Devuelva su solicitud completa a: Circles of Care Patient Financial Services, 400 E. Sheridan Road, Melbourne, FL, 32901

APENDICE 2

MODELO DE DESCUENTO DEL PACIENTE

El porcentaje AGB es aplicable a partir del 1 ero de Julio de cada año.

El AGB actual es 45%. El descuento AGB es calculado y ajustado anualmente. (Vea **Calculación AGB** debajo). Los cargos brutos son descontados por el 55% y luego se aplicará un descuento adicional del modelo Federal de Nivel de Pobreza. (Vea Apéndice 3).

Ejemplo: Familia de 4 con ingreso del hogar de \$60,000. Cargos Brutos de Servicio de \$ 3840. \$3840 * 45% (AGB descuento de 55%) = \$1728. De el Modelo Federal de Pobreza, Apéndice 3, el descuento adicional es 75% y es aplicado a \$1728 = \$432 balance total por servicios prestado.

Molde para Descuento de Pacientes

	Ingreso Familiar como % de Nivel de Pobreza Federal (FPL)	Descuento para Servicios Medicamente Necesarios o Atención de Emergencias
Pacientes No Asegurados	<400%	55%
Pacientes Insuficientemente Asegurados	<400%	55%
Balance Después del Pago del Seguro	<400% FPL	Cualquier paciente responsable después del pago del seguro, excepto los cargos no cubiertos
Atención de Caridad	<200% FPL	100%
TODO	>400% FPL	No Descuento

* Nota: Los casos de caridad se revisan caso por caso. El paciente debe cumplir con las pautas de atención de caridad e ingresos familiares como porcentaje de Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level, FPL) para calificar para el cuidado de caridad.

Calculación AGB para el año fiscal 7/1/2018 hasta 6/30/2019.

*Total Recibos Hospitalarios: \$6,687,000

*Total Cargos Brutos Hospitalarios: \$14,500,000

Porcentaje AGB: 46% - Redondeado a 45%

Descuento para servicios médicamente necesarios o atención de emergencia: 55%

* \$ Cantidades del Año Fiscal: 7/1/2017 hasta 6/30/2018

APENDICE 3

Pautas de Descuento de Tarifa

2018 – Pautas Federales de Pobreza Publicadas									
		200% o Menos:		201%-250%		251%-300%		301%-400%	
		Nivel de Ingreso Min.	Nivel de Ingreso Max.	Nivel de Ingreso Min.	Nivel de Ingreso Max.	Nivel de Ingreso Min.	Nivel de Ingreso Max.	Nivel de Ingreso Min.	Nivel de Ingreso Max.
Tamaño Familiar	Base FPG *	Descuento 100%		Descuento 75%		Descuento 50%		Descuento 25%	
1	\$12,140	\$0	\$24,280	\$24,281	\$30,350	\$30,351	\$36,420	\$36,421	\$48,560
2	\$16,460	\$0	\$32,920	\$32,921	\$41,150	\$41,151	\$49,380	\$49,381	\$65,840
3	\$20,780	\$0	\$41,560	\$41,561	\$51,950	\$51,951	\$62,340	\$62,341	\$83,120
4	\$25,100	\$0	\$50,200	\$50,201	\$62,750	\$62,751	\$75,300	\$75,301	\$100,400
5	\$29,420	\$0	\$58,840	\$58,841	\$73,550	\$73,551	\$88,260	\$88,261	\$117,680
6	\$33,740	\$0	\$67,480	\$67,481	\$84,350	\$84,351	\$101,220	\$101,221	\$134,960
7	\$38,060	\$0	\$76,120	\$76,121	\$95,150	\$95,151	\$114,180	\$114,181	\$152,240
8	\$42,380	\$0	\$84,760	\$84,761	\$105,950	\$105,951	\$127,140	\$127,141	\$169,520

**Si hay más de ocho individuos en la familia, \$4.320 debe ser agregado a la base FPG * por cada individuo adicional.*

*** A pesar de estos descuentos porcentuales, cualquier solicitante que califique para recibir asistencia financiera bajo esta póliza no tendrá que pagar más que AGB por emergencia o atención médicamente necesaria proporcionada por Circles of Care.*

APENDICE 4

Hospital Circles of Care

Lista de Proveedores Cubiertos por la Póliza de Asistencia Financiera (FAP)

July 1, 2018

Per Reg. Sec. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F), this list specifies which providers of emergency and medically necessary care delivered in the hospital facility are covered by the Financial Assistance Policy (FAP). Elective procedures and other care that is not emergency care or otherwise medically necessary are not covered by the FAP for any providers.

(Esta lista especifica qué proveedores de emergencia y atención médicamente necesaria proporcionada en el centro hospitalario están cubiertos por la Póliza de Asistencia Financiera (FAP). Los procedimientos electivos y otras atenciones que no sean de emergencia o de otra manera médicamente necesarias no están cubiertos por el FAP para ningún proveedor.)

MEDICOS CUBIERTOS POR LA FAP

Circles of Care Medical Staff
Caroline Griffin, ARNP
Cynthia Luke, ARNP
John Magri, MD
Mari Aldeghi, ARNP
Marilyn Moss, MD
Sangita Sahay, MD

MEDICOS NO CUBIERTOS POR LA FAP

Daniel Stump, MD
Gary Mosher, MD
Parwati Maddali, MD
Vineet Mehta, MD