

I.	Table of Contents	
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.	Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) – Limitación de Cargos	4
V.	Apéndices	6

II. PROPÓSITO

Esta Política de Asistencia Financiera define cuándo se proporcionará asistencia financiera. La política se aplica a toda atención de emergencia y a otros servicios médicamente necesarios proporcionados por la instalación hospitalaria, incluidos los servicios prestados por entidades sustancialmente relacionadas. La atención de emergencia se proporciona sin discriminación y sin considerar la capacidad de pago de la persona. Es política de Circles of Care, Inc. proporcionar una Evaluación Financiera a cualquier paciente o persona responsable de la atención del paciente que solicite asistencia financiera o atención de caridad.

Asistencia Financiera de Circles of Care, Inc.

El paciente o la parte responsable no debe tener la capacidad de pagar la atención médicamente necesaria del paciente. La capacidad de pago se determina utilizando las Guías Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). Consulte el Apéndice 3 para las FPG vigentes.

El gobierno federal actualiza estas guías anualmente. La capacidad de pago también se determina mediante la evaluación de los bienes y activos, así como de los resultados pendientes de litigios relacionados con reclamaciones de responsabilidad de terceros.

Cuando se solicite, Circles of Care, Inc. (COC) determinará si el paciente o la parte responsable tiene la capacidad de pago. Esta evaluación o revisión para asistencia financiera se proporciona sin costo alguno. No se otorgará asistencia financiera para atención médica que no sea médicamente necesaria. La asistencia financiera incluye atención gratuita y atención con descuento.

El resto de esta Política de Asistencia Financiera proporciona información adicional sobre cómo un paciente o una persona responsable de un paciente puede solicitar asistencia financiera. También describe cuándo un paciente será considerado elegible para recibir asistencia financiera. Además, define el monto de la asistencia financiera que se proporcionará cuando se cumplan los requisitos establecidos en esta política.

III. DEFINICIONES

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB):

Las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) se utilizan para determinar los montos de copago de la asistencia financiera. COC realizará anualmente un análisis retrospectivo que incluirá todas las reclamaciones pagadas durante un período de doce meses. Esto incluye Medicare, Medicaid, seguros comerciales, planes de atención administrada y pagos realizados por los pacientes. El AGB se calcula dividiendo la suma de los pagos recibidos entre el total de los cargos facturados. Ese porcentaje se multiplica posteriormente por los cargos

totales de cada encuentro del paciente para determinar el AGB por encuentro. El AGB por encuentro se utiliza junto con la escala móvil de tarifas (consulte los Apéndices 2 y 3) para establecer un monto de pago que siempre será inferior al AGB real. Para obtener instrucciones o información adicional detallada, consulte los Apéndices 2 y 3.

Guías Federales de Pobreza (FPG):

Una medida de ingresos publicada cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluidos los ahorros en los planes de seguro médico del Mercado de Seguros Médicos (Marketplace), así como la cobertura de Medicaid y CHIP.

Asistencia Financiera de Circles of Care:

Asistencia financiera proporcionada a pacientes que cumplen con los criterios específicos para atención de caridad. Se proporciona a los pacientes después de que se hayan prestado servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios.

Medicaid:

Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid también ofrece beneficios que normalmente no están cubiertos por Medicare, como la atención en centros de cuidado de enfermería y los servicios de cuidado personal.

IV. PROCEDIMIENTO

A. Criterios Generales de Elegibilidad y Método para Solicitar Asistencia:

Criterios Generales de Elegibilidad

Los criterios de elegibilidad del paciente se determinan mediante:

1. La residencia en el condado y el estatus de ciudadanía o inmigración.
2. El tamaño de la unidad familiar del paciente.
3. El ingreso bruto de la unidad familiar en relación con las Guías Federales de Pobreza vigentes.
4. La documentación que pueda ser necesaria para determinar los ingresos (por ejemplo, formulario W-2, Formulario 1040, talones de pago, tarjeta SNAP, etc.).

Se emitirá una determinación utilizando una escala móvil de tarifas. El paciente será responsable de las tarifas y copagos aplicables por cada encuentro.

COC recopilará información sobre los ingresos del paciente o de otra persona responsable. El resultado determinará su elegibilidad para recibir asistencia financiera, el monto del descuento que recibirá y la cantidad que deberá pagar. COC proporcionará asesoramiento sobre asistencia

Circles of Care, Inc.
Financial Assistance Policy

financiera, previa solicitud y sin costo adicional, antes o después de que el paciente reciba los servicios.

Método para Solicitar Asistencia

Los pacientes deben completar el proceso de solicitud antes de ser evaluados para recibir Asistencia Financiera. Para obtener una copia de la solicitud, visite el sitio web <https://www.circlesofcare.org>. Para solicitar una copia impresa, llame al 321-722-5200, extensiones 5904 o 5905.

Las solicitudes completadas deben enviarse por correo a: Business Office, 400 Sheridan Road, Melbourne, FL 32901, o por fax al 321-953-7572.

B. Additional Information

La elegibilidad puede aplicarse retroactivamente a la cuenta del paciente con saldo pendiente en COC por hasta 240 días anteriores a la fecha inicial de asignación de COC. La elegibilidad más allá del período retroactivo de 240 días debe ser aprobada por un Administrador, Vicepresidente o su designado.

COC proporcionará una notificación por escrito a los pacientes o a las partes responsables cuando califiquen para recibir Asistencia Financiera.

Un paciente o una parte responsable puede solicitar asistencia financiera para cualquier deuda incurrida hasta 240 días después de la primera factura emitida tras el alta. Esto incluye los saldos de cuenta restantes después del pago del seguro. Los criterios que se indican a continuación son utilizados por COC al considerar la solicitud. El paciente o la parte responsable puede calificar para un descuento del 100% si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. El paciente o la parte responsable tiene un ingreso familiar total menor o igual al 200% de las Guías Federales de Pobreza (FPG), según las Guías Federales de Pobreza publicadas más recientemente; o
2. El paciente o la parte responsable tiene un saldo catastrófico pendiente que excede el 25% de su ingreso familiar anual. (Consulte el Apéndice n.º 3).
3. A los pacientes elegibles no se les cobrará más de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) por atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

C. Lista de Proveedores y No Proveedores:

Esta Política de Asistencia Financiera únicamente se aplica a los servicios proporcionados por COC en sus instalaciones y a los servicios prestados por médicos empleados por COC. Consulte el Apéndice 4: Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera.

D. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) – Limitación de Cargos

A los pacientes elegibles para el Plan de Asistencia Financiera no se les cobrará más de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) por la atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

A los pacientes elegibles para el Plan de Asistencia Financiera no se les cobrará más de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) por la atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

Cantidades Generalmente Facturadas

Circles of Care (COC) proporciona asistencia financiera y atención de caridad a los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Después de que la(s) cuenta(s) del paciente sea(n) reducida(s) mediante el ajuste de asistencia financiera, el paciente o garante será responsable del saldo restante de su obligación financiera pendiente, el cual no excederá las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB).

Circles of Care determina el AGB utilizando el método de análisis retrospectivo (“look-back”). El porcentaje de AGB se calcula utilizando las reclamaciones permitidas por Medicare y por todas las demás aseguradoras para los servicios hospitalarios con fecha de alta correspondiente al año fiscal anterior (julio a junio). Para estas reclamaciones, la suma de todos los montos de reembolso permitidos se divide entre los cargos brutos correspondientes. El porcentaje de AGB entra en vigor el 1 de julio de cada año.

El porcentaje de AGB se aplicará en los casos de atención de emergencia o de otros servicios médicamente necesarios para las personas que sean elegibles para recibir asistencia financiera. Este porcentaje se aplicará a los cargos brutos por dichos servicios para determinar el monto máximo que una persona será responsable de pagar personalmente por esa atención. El descuento adicional basado en las Guías Federales de Pobreza se aplicará a los cargos que ya hayan sido descontados mediante el descuento de AGB.

El porcentaje de AGB es aplicable a partir del 1 de julio de cada año. Consulte el Apéndice 2 para conocer el porcentaje actual de AGB.

1. Recursos para el Paciente:

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

- a. La carta de evaluación financiera del paciente resumirá los documentos requeridos. En situaciones especiales, puede ser necesario presentar documentación adicional.

- b. El folleto “Política de Asistencia Financiera en Lenguaje Sencillo” está disponible en todas las áreas de registro y admisión para la revisión del paciente. El folleto también está disponible en línea en: <https://www.circlesofcare.org>.
- c. Los copagos aplicables se han establecido según la clasificación financiera, como se indica en la Tabla de Tarifas de Circles of Care. La tabla de tarifas también está disponible en línea en: <https://www.circlesofcare.org>.
- d. Todos los formularios para pacientes utilizados en la Evaluación Financiera están disponibles en línea en <https://www.circlesofcare.org>.

2. Reevaluaciones

- a. Si los ingresos, el seguro médico o el tamaño de la familia del paciente cambian significativamente durante el período anual de clasificación, por un período continuo de cuatro semanas o más, será responsabilidad del paciente notificar al Departamento de Evaluación Financiera de Circles of Care programando una cita para una reevaluación.
- b. Los pacientes pueden solicitar una reevaluación debido a cualquiera de los siguientes cambios de situación:
 - i. Ingreso bruto familiar
 - ii. Cambio en el número de dependientes
 - iii. Estado de residencia
- c. La nueva clasificación se aplicará únicamente a encuentros futuros. Por lo tanto, las facturas generadas después de que se determinó el beneficio inicial, pero antes de que se aprobara el nuevo beneficio, recibirán descuentos basados en la clasificación inicial del paciente.
- d. Toda la información y las personas involucradas en el proceso de evaluación no serán reportadas ni remitidas al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) ni a ninguna agencia policial o aduanera.

3. Apelaciones

Los pacientes tienen derecho a apelar su evaluación dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de su clasificación de evaluación financiera. El Formulario de Apelación está disponible en <https://www.circlesofcare.org>.

4. Renovaciones

Los pacientes pueden solicitar la renovación de su estado de evaluación financiera llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes al 321-722-5200, extensión 5903. Los documentos proporcionados para las renovaciones deben estar vigentes. Al renovar el

beneficio, se deberá completar y firmar una nueva solicitud, así como los formularios correspondientes.

5. Elegibilidad Presunta para la Asistencia Financiera (FAP)

COC puede utilizar un proceso abreviado de aprobación de asistencia financiera para pacientes o partes responsables cuyas cuentas cumplan con los siguientes criterios:

- a. a. Los pacientes que son elegibles para programas basados en las Guías Federales de Pobreza (FPL), como Medicaid y otros programas gubernamentales de asistencia para personas de bajos ingresos, se consideran indigentes. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para recibir atención de caridad cuando los programas no cubren el pago de los servicios. Los saldos de las cuentas de los pacientes que resulten de cargos no reembolsados son elegibles para una cancelación total como atención de caridad.

Se incluyen específicamente como elegibles los cargos relacionados con lo siguiente: Beneficios agotados

- b. b. El paciente ha fallecido y no se ha presentado una sucesión ante el tribunal del condado de residencia del paciente después de transcurrido un año desde la fecha de fallecimiento.
- c. Pacientes que hayan sido aprobados para la cobertura del Programa para Víctimas del Delito.

6. EMCP (Política de Atención Médica de Emergencia)

La política de Circles of Care es proporcionar atención de emergencia y estabilización a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Si, después de la evaluación médica, se determina que la atención de emergencia no es médicamente necesaria, se remitirá al paciente a los recursos apropiados para atención no urgente.

7. Esfuerzos de Cobranza

Circles of Care no utiliza prácticas extraordinarias de cobranza. COC no reporta información a las agencias de crédito ni utiliza agencias externas de cobranza para la recuperación de cuentas incobrables. COC mantiene una Política de Facturación y Cobranza por separado, la cual está disponible a solicitud. Para solicitar una copia, comuníquese con nuestra Oficina Comercial al (321) 722-5200. También puede obtenerse a través de nuestro sitio web en <https://www.circlesofcare.org>. La asistencia en español está disponible llamando al 321-722-5200.

V. APÉNDICES

Circles of Care, Inc.
Financial Assistance Policy

Apéndice 1. Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera

Apéndice 2. Matriz de Descuentos para Pacientes

Apéndice 3. Guías de Descuento de Tarifas

Apéndice 4. Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera

Comité(s) Revisor(es): No Aplica

Autorización: Tesorero y Director Financiero (CFO)

APÉNDICE 1

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera (FAP)

1. Como parte de su misión, Circles of Care proporciona asistencia financiera para atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios a pacientes que no tienen la capacidad de pagar los servicios hospitalarios. El propósito de este resumen de la política es establecer una guía en lenguaje sencillo relacionada con la evaluación y aceptación de solicitantes de asistencia financiera.
2. La determinación de la capacidad de pago puede tomar en consideración diversas variables financieras, incluyendo, entre otras:
 - a. La situación y el potencial de ingresos del paciente y de su familia.
 - b. Otras fuentes de ingresos y bienes, así como fondos disponibles.
 - c. El tamaño de la familia.
 - d. Otros medios de asistencia disponibles, como Medicaid.
3. Se puede obtener una copia impresa gratuita, incluida la traducción al español, de la Política de Asistencia Financiera (FAP), el Resumen en Lenguaje Sencillo y la solicitud en nuestro sitio web en <https://www.circlesofcare.org>. También se pueden obtener copias impresas en 400 E. Sheridan Road, Melbourne, FL 32901, o llamando al 321-722-5200 para solicitar que se envíen por correo. La asistencia en español está disponible llamando al 321-722-5200.
4. Circles of Care cobrará a una persona que califique bajo la FAP por atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios una cantidad inferior a las Cantidades Generalmente Facturadas por atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas que cuentan con seguro para cubrir dicha atención.
5. Los descuentos de asistencia financiera estarán disponibles únicamente para servicios de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados a personas que cumplan con los criterios financieros y de documentación definidos en la Política de Asistencia Financiera (FAP). Esta definición también incluye a cualquier cliente establecido que reciba servicios en un programa financiado por el gobierno federal, el Estado de Florida, Central Florida Cares Health System o el Condado de Brevard de Circles of Care, Inc.

6. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200% de las Guías Federales de Pobreza (FPG) pueden recibir atención gratuita (un descuento del 100%). Las personas con ingresos familiares anuales entre el 201% y el 400% de las FPG serán elegibles para recibir hasta un 75% de descuento sobre los cargos regulares, según una escala móvil de tarifas como se ilustra en el Apéndice 3 de la FAP. Esta escala se actualizará anualmente de acuerdo con las Guías Federales de Pobreza publicadas más recientemente. Para quienes califiquen, el descuento se aplicará a nuestra tabla de Cantidades Generalmente Facturadas (AGB).
7. Para obtener información sobre nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, Facturación y Cobranza, o para recibir ayuda con el proceso de solicitud, comuníquese con el Departamento de Cuentas de Pacientes al (321) 722-5200, extensión 5903. La asistencia en español está disponible llamando al 321-722-5200.
8. La asistencia financiera podrá ser considerada en cualquier momento durante el ciclo de facturación, hasta 240 días después de la fecha de la primera factura emitida, la fecha de alta o la fecha de servicio.

APÉNDICE 2

MATRIZ DE DESCUENTOS PARA PACIENTES

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

El AGB actual es del 60%. El descuento de AGB se calculará y ajustará anualmente. (Consulte el cálculo de AGB a continuación). Los cargos brutos reciben un descuento del 60% y posteriormente se aplicará un descuento adicional basado en la matriz del Nivel Federal de Pobreza (consulte el Apéndice 3).

Ejemplo: Una familia de 4 personas con un ingreso familiar de \$75,000 y cargos brutos por servicios de \$3,000. $\$3,000 \times 60\%$ (descuento AGB del 40%) = \$1,800. Según la matriz del Nivel Federal de Pobreza del Apéndice 3, el descuento adicional es del 75% y se aplica a los \$1,800, lo que resulta en un saldo total de \$450 por los servicios prestados.

Matriz de Descuentos para Pacientes

	Family Income as % of Federal Poverty Level	Discount for Medically Necessary Services or Emergency Care
--	--	--

Uninsured Patient	<400%	40%
Underinsured Patient		40%
Balance after Insurance Payment	<400%	Any patient liability after insurance payment, except non-covered charges
Charity Care	<200% FPL	100%
ALL	>400% FPL	No Discount

*Nota: Los casos de atención de caridad se revisan individualmente, caso por caso. El paciente debe cumplir con los criterios de Atención de Caridad y con los requisitos de ingresos familiares como porcentaje de las Guías Federales de Pobreza (FPL) para calificar para la Atención de Caridad. El cálculo de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) se basa en el Informe Medicare PS&R más reciente correspondiente al año fiscal disponible.

* Ingresos Hospitalarios: \$1,161,000

* Cargos Brutos Hospitalarios: \$1,906,000 Porcentaje de AGB: 60%

Descuento para Servicios Médicamente Necesarios o Atención de Emergencia: 40%

* Montos correspondientes al Año Fiscal: del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

APÉNDICE 3

Guías de Descuento de Tarifas

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

PAUTAS FEDERALES DE POBREZA PUBLICADAS PARA 2026

NIVEL DE INGRESOS		DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	FPG Base*	100% DESCUENTO (TARIFA NOMINAL)		75% DESCUENTO		50% DESCUENTO		25% DESCUENTO	
1	\$15,960	\$0	\$31,920	\$31,921	\$39,900	\$39,901	\$47,880	\$47,881	\$63,840
2	\$21,640	\$0	\$43,280	\$43,281	\$54,100	\$54,101	\$64,920	\$64,921	\$86,560
3	\$27,320	\$0	\$54,640	\$54,641	\$68,300	\$68,301	\$81,960	\$81,961	\$109,280
4	\$33,000	\$0	\$66,000	\$66,001	\$82,500	\$82,501	\$99,000	\$99,001	\$132,000
5	\$38,680	\$0	\$77,360	\$77,361	\$96,700	\$96,701	\$116,040	\$116,041	\$154,720
6	\$44,360	\$0	\$88,720	\$88,721	\$110,900	\$110,901	\$133,080	\$133,081	\$177,440
7	\$50,040	\$0	\$100,080	\$100,081	\$125,100	\$125,101	\$150,120	\$150,121	\$200,160

Circles of Care, Inc.
Financial Assistance Policy

8	\$55,720	\$0	\$111,440	\$111,441	\$139,300	\$139,301	\$167,160	\$167,161	\$222,880
---	----------	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

*Si hay más de ocho personas en la familia, agregue \$5,680 por cada persona adicional.

**Las personas que no son elegibles para Medicaid y cuyos ingresos familiares brutos sean inferiores al 150% de las Guías Federales de Pobreza deberán pagar \$3 por día por los Servicios Ambulatorios y \$2 por día por los Servicios Residenciales.

**Sin perjuicio de estos descuentos porcentuales, ningún solicitante que califique para asistencia financiera estará obligado a pagar más que las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) por la atención de emergencia o por otros servicios médicamente necesarios proporcionados por Circles of Care.

APÉNDICE 3 (Continuación)

Guías de Descuento de Tarifas

SERVICIOS AMBULATORIOS

PAUTAS FEDERALES DE POBREZA PUBLICADAS PARA 2026													
NIVEL DE POBREZA		<150%		151%-165%		166%-180%		181%-195%		196%-210%		211%-225%	
NIVEL DE INGRESOS		DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	FPG Base*	100% DESCUENTO (TARIFA NOMINAL)		96% DESCUENTO		92% DESCUENTO		89% DESCUENTO		81% DESCUENTO		70% DESCUENTO	
1	\$15,960	\$0	\$23,940	\$23,941	\$26,334	\$26,335	\$28,728	\$26,335	\$31,122	\$31,123	\$33,516	\$33,517	\$35,910
2	\$21,640	\$0	\$32,460	\$32,461	\$35,706	\$35,707	\$38,952	\$35,707	\$42,198	\$42,199	\$45,444	\$45,445	\$48,690
3	\$27,320	\$0	\$40,980	\$40,981	\$45,078	\$45,079	\$49,176	\$45,079	\$53,274	\$53,275	\$57,372	\$57,373	\$61,470
4	\$33,000	\$0	\$49,500	\$49,501	\$54,450	\$54,451	\$59,400	\$54,451	\$64,350	\$64,351	\$69,300	\$69,301	\$74,250
5	\$38,680	\$0	\$58,020	\$58,021	\$63,822	\$63,823	\$69,624	\$63,823	\$75,426	\$75,427	\$81,228	\$81,229	\$87,030
6	\$44,360	\$0	\$66,540	\$66,541	\$73,194	\$73,195	\$79,848	\$73,195	\$86,502	\$86,503	\$93,156	\$93,157	\$99,810
7	\$50,040	\$0	\$75,060	\$75,061	\$82,566	\$82,567	\$90,072	\$82,567	\$97,578	\$97,579	\$105,084	\$105,085	\$112,590
8	\$55,720	\$0	\$83,580	\$83,581	\$91,938	\$91,939	\$100,296	\$91,939	\$108,654	\$108,655	\$117,012	\$117,013	\$125,370
NIVEL DE POBREZA				226%-240%		241%-270%		271%-285%		286%-300%		>300%	
NIVEL DE INGRESOS				DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	FPG Base*			56% DESCUENTO		39% DESCUENTO		10% DESCUENTO		5% DESCUENTO		SIN DESCUENTO	
1	\$15,960			\$35,911	\$38,304	\$38,305	\$43,092	\$43,093	\$45,486	\$45,487	\$47,880	MAYOR QUE	\$47,881
2	\$21,640			\$48,691	\$51,936	\$51,937	\$58,428	\$58,429	\$61,674	\$61,675	\$64,920	MAYOR QUE	\$64,921
3	\$27,320			\$61,471	\$65,568	\$65,569	\$73,764	\$73,765	\$77,862	\$77,863	\$81,960	MAYOR QUE	\$81,961
4	\$33,000			\$74,251	\$79,200	\$79,201	\$89,100	\$89,101	\$94,050	\$94,051	\$99,000	MAYOR QUE	\$99,001

Circles of Care, Inc.
 Financial Assistance Policy

5	\$38,680		\$87,031	\$92,832	\$92,833	\$104,436	\$104,437	\$110,238	\$110,239	\$116,040	MAYOR QUE	\$116,041
6	\$44,360		\$99,811	\$106,464	\$106,465	\$119,772	\$119,773	\$126,426	\$126,427	\$133,080	MAYOR QUE	\$133,081
7	\$50,040		\$112,591	\$120,096	\$120,097	\$135,108	\$135,109	\$142,614	\$142,615	\$150,120	MAYOR QUE	\$150,121
8	\$55,720		\$125,371	\$133,728	\$133,729	\$150,444	\$150,445	\$158,802	\$158,803	\$167,160	MAYOR QUE	\$167,161

APÉNDICE 4

Hospital de Circles of Care

Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera

1 de julio de 2025

De conformidad con la Sección Reglamentaria 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F), esta lista especifica qué proveedores de atención de emergencia y de otros servicios médicamente necesarios prestados en la instalación hospitalaria están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (FAP). Los procedimientos electivos y otros servicios que no constituyan atención de emergencia ni sean médicamente necesarios no están cubiertos por la FAP para ningún proveedor.

PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA FAP	MÉDICOS NO CUBIERTOS POR LA FAP
Personal Médico de Circles of Care	Daniel Stump, MD
Christopher Thaver, MD	John Magri, MD
Eric Moore, MD	Sangita Sahay, MD
Trisha Brutus, PA	Mari Aldeghi, APRN
Debbie Gordon, APRN	Caroline Griffin, APRN
Marlena Ganem, APRN	Cynthia Luke, APRN
Karaline Hoskins, APRN	
Meryl McDonald, APRN	
Myriam Ray, APRN	
Heather Zealy, APRN	