



Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 1 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

ASUNTO: Política de atención de caridad

Propósito:

Pomona Valley Hospital Medical Center (PVHMC) atiende a todas las personas en la comunidad de Pomona Valley y el gran Inland Empire. Como proveedor de servicios hospitalarios de la comunidad, Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza en ofrecer servicios de atención médica en un entorno de alta calidad y orientado al servicio al cliente. Ofrecer a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia financiera para la atención de caridad en los servicios de atención médica es un elemento esencial para el cumplimiento de la misión de Pomona Valley Hospital Medical Center. Esta política define el Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC, incluidos sus criterios, sistemas y métodos.

Los hospitales de cuidados agudos sin fines de lucro deben cumplir con la Ley de Precios Justos de los Hospitales de California (codificada en los artículos 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California y con el artículo 501(r) del Código Rentas Internas que exigen políticas por escrito sobre descuentos y atención de caridad para los pacientes que califiquen en términos financieros. Esta política ofrece atención de caridad a los pacientes que califiquen en términos financieros conforme a los términos y condiciones del Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de Pomona Valley Hospital Medical Center.

El Departamento de Finanzas es responsable de las políticas y los procedimientos de la contabilidad general. Dentro de este propósito se incluye la obligación de garantizar consistencia en cuanto a plazos, registro y tratamiento contable de las transacciones en PVHMC. El personal de Acceso de los Pacientes y de la Oficina de Negocios es responsable de asistir al paciente con la solicitud de atención de caridad, según sea necesario, incluyendo el manejo de las transacciones de la contabilidad del paciente de manera que se respalden la misión y los objetivos operacionales de Pomona Valley Hospital Medical Center. La Junta Directiva de PVHMC es responsable de aprobar esta política.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 2 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Política:

Es política de Pomona Valley Hospital Medical Center ofrecer asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar sus facturas del hospital debido a una incapacidad financiera para pagarlas. La administración designada revisará los casos individuales para determinar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera y para determinar el descuento para el que este califique. Todas las solicitudes de asistencia financiera de pacientes, de familiares de pacientes, médicos o personal del hospital se abordarán conforme a esta política. Esta política se aplicará a las solicitudes de atención de caridad aprobadas a partir del 1 de enero de 2025.

Introducción

Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza por satisfacer las necesidades de atención médica de todos los pacientes que buscan servicios como pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia. PVHMC se compromete a ofrecer acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y necesitan ayuda para pagar sus facturas del hospital. Entre estos programas se incluyen los programas de cobertura patrocinados por el estado y el condado, y la atención de caridad tal como se define en el presente documento. Esta política se centra en la atención de caridad, y la elegibilidad para la asistencia financiera y para un descuento se determina solamente por la capacidad de pago del paciente o de su familia.

El hospital realiza todos los esfuerzos para informar a sus pacientes acerca de su Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad. Específicamente:

- Cada paciente registrado recibe un aviso por escrito de la Política de Asistencia Financiera para Atención de Caridad del hospital escrita en lenguaje sencillo conforme al artículo 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés).
- Puede solicitar, sin costo, copias en papel de la Política de Asistencia Financiera para Atención de Caridad, el formulario de solicitud de atención de caridad y el resumen en lenguaje sencillo de dicha política. Estos documentos también están disponibles en el sitio web del hospital.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 3 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

- Siempre que sea posible, durante el proceso de registro, se analiza a los pacientes que no estén asegurados para verificar si son elegibles para recibir programas patrocinados por el gobierno o el Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad del hospital.
- Se colocan avisos públicos en todo el hospital para informar al público sobre la asistencia financiera para aquellos que califiquen (ver "Informes y facturación: aviso público" en esta política para obtener más información).
- Las declaraciones de facturación del garante contienen información que ayuda a los pacientes a obtener coberturas patrocinadas por el gobierno o la asistencia financiera para atención de caridad que ofrece el hospital (ver "Informes y facturación: declaraciones de facturación" en esta política para obtener más información).
- El hospital también ofrecerá a los pacientes una remisión a un centro de asistencia al consumidor local, ubicado en oficinas de servicios legales.
- En un esfuerzo por promocionar al público general su Política de Asistencia Financiera de Atención de Caridad, el hospital ha colaborado con varias clínicas comunitarias para entregar folletos sobre dicha asistencia financiera a los pacientes de las clínicas.

Esta política aborda lo siguiente:

Definiciones

Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera de atención de caridad

Presentación de la solicitud y proceso de revisión de la atención de caridad

Informes y facturación

Disposiciones generales

DEFINICIONES

Gastos esenciales de subsistencia: gastos para cualquiera de los siguientes rubros: pagos de alquileres o del hogar (incluidos gastos de mantenimiento), provisiones de alimentos y del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos por atención médica y dental, seguros, escuela o cuidado infantil, manutención de niños y cónyuge, gastos de transporte y automóviles (incluidos seguros, gasolina y reparaciones), pagos de cuotas, gastos de lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 4 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Atención de caridad (atención gratuita): descuento que representa el 100 % de la responsabilidad del paciente. Un descuento de la tarifa completa equivale al 100 % de los cargos facturados y al deducible, coaseguro o copago no cubiertos del paciente cuando este no tiene seguro.

Altos costos médicos:

- Gastos médicos anuales de bolsillo incurridos por el paciente en el hospital que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los últimos 12 meses, lo que sea menor.
- Gastos médicos anuales de bolsillo que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si este proporciona documentación de los gastos médicos pagados por él o por su familia o grupo familiar en los últimos 12 meses.
- Un nivel más bajo determinado por el hospital de acuerdo con su política de Atención de Caridad.
- Gastos de bolsillo se refiere a cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por un seguro o por un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los gastos compartidos de Medi-Cal.

Ingresos: la suma del total de los sueldos, salarios, ganancias, pagos de intereses, alquileres y otras formas de ingresos recibidas por todos los miembros de la familia del paciente durante un período de tiempo de un año. Esto incluye los ingresos brutos menos el costo de los bienes vendidos para los miembros de la familia que trabajan por cuenta propia.

Centro Local de Asistencia al Consumidor: agencia diseñada para proporcionar a los consumidores información sobre coberturas y servicios de atención médica. En California, Health Consumer Alliance (HCA) fue designada como el programa de defensoría de CCI/Cal Mediconnect con vigencia desde el 1 de abril de 2014. Hay más información disponible sobre

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 5 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

HCA en <http://healthconsumer.org>. Los consumidores pueden llamar al 888-804-3536 para solicitar su redireccionamiento al centro del consumidor correcto.

Servicios necesarios: atención médica para pacientes hospitalizados, ambulatorios o de emergencia que un médico considere médicamente necesaria. Los servicios necesarios no incluyen los servicios puramente opcionales para la comodidad o la conveniencia del paciente; incluidos, entre otros, lentes cosméticos implantados durante una operación de cataratas.

Número de miembros de la familia del paciente: depende de la edad del paciente, tal como se define a continuación - 1) En el caso de pacientes de 18 años o más, la familia del paciente incluye a su cónyuge o pareja de hecho e hijos dependientes que vivan en el hogar.

2) En el caso de pacientes menores de 18 años, la familia del paciente incluye a sus padres, familiares cuidadores y otros niños dependientes que vivan en el hogar.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA ATENCIÓN DE CARIDAD

ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DE ATENCIÓN DE CARIDAD

La elegibilidad para recibir la asistencia financiera de atención de caridad se basa en la capacidad de pago del paciente, tal como se determine según el ingreso familiar del paciente en relación con el nivel de pobreza federal actual.

Las categorías de elegibilidad primarias son:

- El paciente no está asegurado Y el ingreso familiar del paciente está en el 400 % del nivel de pobreza federal designado para el tamaño de la familia del paciente o es menor que ese valor.
- El paciente está asegurado Y el ingreso familiar del paciente está en el 400 % del nivel de

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 6 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

pobreza federal designado para el tamaño de la familia del paciente o es menor que ese valor Y, además, el paciente cumple la definición de un paciente con "Gastos de bolsillo".

También se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Si el paciente está asegurado, la responsabilidad del paciente NO es la parte del costo que le corresponde a Medicaid ni el deducible, coseguro y/o copago no cubierto relacionado con la cobertura subsidiada proporcionada a través de un plan de salud calificado de Covered CA o un plan similar;
- El paciente no califica para otra cobertura patrocinada por el gobierno basada en ingresos o evidencia de recursos;
 - Una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud no descarta la elegibilidad para la asistencia financiera conforme a esta política. Sin embargo, la aprobación final de la asistencia financiera se podrá diferir hasta que se procese la solicitud pendiente y se determine la elegibilidad.
- El paciente completa y presenta la Solicitud de Asistencia Financiera.
- El paciente presenta toda la documentación requerida y solicitada, y responde a las preguntas que surjan de la Solicitud de Atención de Caridad.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA EL DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ATENCIÓN DE CARIDAD

Una vez que se establece la elegibilidad, se termina el monto descontado o el saldo descontado tal como se define en la siguiente sección de esta política, que dependen de:

- La categoría de elegibilidad del paciente
- El ingreso familiar del paciente

Crterios de la atención de caridad

En el siguiente cuadro se resumen los criterios que se deben satisfacer para que un paciente califique para recibir una atención de caridad completa:

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 7 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

CATEGORÍA DE ELEGIBILIDAD	INGRESOS
No asegurado	<400 % del NFP
Asegurados con gastos de bolsillo	<400 % del NFP

Todos los pacientes elegibles para la atención de caridad conforme a esta política recibirán una atención gratuita completa si el ingreso familiar del paciente es igual o menor al 400 % del nivel federal de pobreza. A fin de calificar para este nivel de descuento, el paciente debe solicitar y presentar la documentación necesaria para la atención de caridad conforme a esta política. La atención de caridad completa implica que el paciente no tendrá responsabilidad financiera por ningún gasto de bolsillo.

Fechas de servicios incluidos en la solicitud

Cuando el hospital determina que un paciente califica para la asistencia financiera para atención de caridad, esa determinación se aplicará a los servicios y las fechas de servicios específicos para los cuales el paciente o el representante de la familia del paciente presentaron la solicitud. En los casos de atención continua relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios en curso y relacionados, el hospital tratará la atención continua como un único caso al que se aplica la calificación a todos los servicios en curso relacionados proporcionados por el hospital. La dirección, con base en su revisión, puede determinar que otros saldos de cuentas preexistentes del paciente, pendientes en el momento de la calificación, pueden ser elegibles para su condonación. Por lo general, un paciente volverá a presentar una solicitud de elegibilidad para recibir asistencia financiera al menos cada 180 días, pero la dirección tiene la facultad discrecional de no exigir más solicitudes para servicios posteriores después de la aprobación de la solicitud inicial.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 8 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Otras circunstancias elegibles que califican para la atención de caridad: denegación de pagos de Medi-Cal

PVHMC considera indigentes a aquellos pacientes que son elegibles para programas de asistencia patrocinados por el gobierno para personas con bajos ingresos (p. ej. Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services y cualquier otro programa estatal o local para personas con bajos ingresos). Por consiguiente, dichos pacientes son elegibles conforme a la Política de asistencia financiera para atención de beneficencia cuando el pago no es realizado por parte del programa gubernamental. Por ejemplo, los pacientes que califiquen para Medi-Cal/Medicaid y también para otros programas que satisfagan las necesidades de pacientes con bajos ingresos (p. ej., CHDP y CCS), cuando el programa no paga por todos los servicios o días durante la estadía en el hospital, son elegibles para la cobertura de atención de caridad limitada al monto que el pagador denegó en vez del que pagó. Según la guía de informes de costos de Medicare para el cálculo del porcentaje de bajos ingresos del hospital para Medi-Cal DSH, los servicios no cubiertos y todos los demás servicios denegados provistos a los beneficiarios de Medicaid elegibles se informarán como "Atención no compensada" a los fines del informe de costos sin necesitar una solicitud de Atención de Caridad para cada paciente. Específicamente, se incluyen como atención no compensada los cargos relacionados con las estadías denegadas, días de atención denegados y servicios sin cobertura. Se clasificarán como atención de caridad todas las denegaciones de solicitudes de autorización de tratamientos (SAT) y cualquier falta de pago por los servicios no cubiertos provistos a pacientes cubiertos por Medi-Cal/Medicaid y otros programas de bajos ingresos que califiquen, y otras denegaciones (p. ej., cobertura restringida).

El paciente NO es elegible para la asistencia financiera para el costo compartido en virtud de Medi-Cal o los gastos de bolsillo subsidiados o con descuento del paciente determinados por Covered California o cualquier otro intercambio de seguros del gobierno estatal o federal. Los gastos de bolsillo no subsidiados de un paciente pueden calificar para un descuento tal como se define en esta política.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 9 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Otras circunstancias elegibles que califican para la atención de caridad: denegaciones de deducibles y coaseguros de Medicare

Los pacientes cuya cobertura primaria sea Medicare y la cobertura secundaria sea Medi-Cal son elegibles para la asistencia financiera y pueden calificar para la atención de caridad gratuita y completa. El monto que califica para la atención de caridad gratuita y completa se limita al coaseguro de Medicare y los montos de los deducibles no reembolsados de cualquier otro pagador, incluidos Medi-Cal/Medicaid, y que no hayan sido reembolsados por Medicare como una deuda incobrable, si:

- 1) El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid o de algún otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes con bajos ingresos; o
- 2) El paciente, de alguna otra forma, califica para la asistencia financiera para atención de caridad conforme a esta política y solo en la medida de la condonación prevista en esta política.

Otras circunstancias elegibles que califican para la atención de caridad: reasignación de deuda incobrable a atención de caridad

Cualquier cuenta devuelta al hospital por parte de una agencia de cobros que ha determinado que el paciente o el representante de la familia no tienen los recursos para pagar sus facturas se podrá considerar como elegible para la atención de caridad. Se mantendrá en el archivo de documentación de la atención de caridad la documentación de la incapacidad de pago por los servicios por parte del paciente o del representante de la familia.

Otras circunstancias elegibles que califican para la atención de caridad: pacientes con seguro que no están bajo contrato con el hospital

En el caso de los pacientes asegurados sin contrato con PVHMC, las negociaciones con las compañías aseguradoras respecto a las relaciones contractuales inferidas serán conducidas por el equipo de liderazgo ejecutivo de PVHMC. Si bien PVHMC puede aceptar los términos de las negociaciones con las compañías aseguradoras, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente que tiene un "contrato" con PVHMC.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 10 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Según las instrucciones del informe de costos de Medicare actualizadas en la [Transmisión 18](#), PVHMC puede registrar la parte de los cargos totales, para los pacientes con cobertura de una entidad/aseguradora que tiene una relación contractual inferida, o que no tiene una relación contractual o contractual inferida con PVHMC, como asistencia financiera para el paciente.

Otras circunstancias elegibles que califican para la atención de caridad: cargos no cubiertos/denegados

Los cargos sin reembolsar por servicios no cubiertos o denegados de cualquier pagador, tales como los cargos por los días que superan el límite de duración de la estadía, los beneficios agotados y el saldo de la cobertura restringida, de las cuentas pendientes de Medicaid y de las negativas del pagador, se consideran una forma de asistencia financiera para el paciente en PVHMC. Los cargos relacionados con estos montos de servicios denegados o no cubiertos que se anulen durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

Criterios para la reasignación de una deuda incobrable a atención de caridad:

Todas las agencias de cobro externas contratadas por PVHMC para realizar un seguimiento de cuentas o el cobro de deudas incobrables utilizarán los siguientes criterios para identificar el cambio de estado de deuda incobrable a atención de caridad:

- 1) Las cuentas de pacientes que no tienen seguros aplicables (incluidos programas de cobertura gubernamentales u otros pagadores terceros);
- 2) El paciente o el representante de la familia no ha realizado ningún pago dentro de los 150 días posteriores a la asignación a la agencia de cobros;
- 3) El puntaje crediticio y de comportamiento del paciente está dentro del percentil 25 más bajo desde noviembre de 2007, la agencia secundaria de PVHMC determinó que el puntaje crediticio y de comportamiento que representa el percentil 25 más bajo es de 547 o menor, tal como lo informó Transunion;
- 4) La agencia de cobro determinó que el paciente/representante de la familia no puede pagar; o

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 11 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

5) El paciente o el representante de la familia no tiene un número de Seguro Social válido o una dirección residencial declarada de forma apropiada para determinar un puntaje crediticio.

Pago con descuento

Un paciente no es elegible para recibir atención de caridad cuando su ingreso familiar es superior al 400 % del nivel federal de pobreza establecido. Para conocer los descuentos que pueden estar disponibles para los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 400 % del nivel federal de pobreza establecido, consulte la Política de pago con descuento.

Medidas de cobro

Antes de autorizar actividades extraordinarias de cobro, el hospital se asegurará de enviar por correo una solicitud de asistencia financiera a la dirección actual del garante que figura en los registros y le concederá no menos de 30 días para responder o informar a la oficina comercial el interés de tramitar la asistencia financiera. El Director de Servicios Financieros para Pacientes garantizará que se tomen todas las medidas razonables para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera en virtud de esta política antes de iniciar actividades extraordinarias de cobro. Todas las medidas de cobro quedarán suspendidas mientras el garante sea un participante activo en el proceso de Solicitud de asistencia financiera. Para obtener más información sobre la Política de cobro del hospital, consulte la Política de créditos y cobros n.º BS103.

Acceso a atención médica durante una emergencia de salud pública

La crisis de acceso a atención médica debe ser declarada por el equipo de liderazgo del hospital, aprobada por la Junta Directiva y adjuntada a este documento de asistencia financiera para atención de caridad como un anexo. La crisis de acceso a atención médica puede estar relacionada con una situación de emergencia en la que se modifican las normativas estatales o federales para atender las necesidades inmediatas de atención médica

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 12 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

de la comunidad de PVHMC durante el periodo de crisis. Durante una Crisis de Acceso a la Atención Médica, PVHMC puede "flexibilizar" su Política de Asistencia Financiera de Atención de Caridad para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la Política de asistencia financiera de atención de caridad como un anexo. En el momento de la crisis se pueden otorgar a los pacientes descuentos relacionados con la crisis de acceso a atención médica, independientemente de la fecha de esta política (dado que el equipo de liderazgo del hospital puede no tener la capacidad de reaccionar con la rapidez suficiente para actualizar el texto de la política y satisfacer las necesidades más apremiantes durante una crisis de acceso a atención médica).

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD Y PROCESO DE REVISIÓN DE LA ATENCIÓN DE CARIDAD

Solicitud única y unificada

La solicitud de atención de caridad ofrece la información del paciente necesaria para determinar su elegibilidad y dicha información se utilizará para calificar al paciente o al representante de la familia para la cobertura máxima conforme al Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC. La solicitud de atención de caridad se deberá completar tan pronto haya un indicio de que el paciente pueda necesitar dicha atención. El formulario de solicitud se podrá completar antes del servicio, durante la estadía de un paciente o luego de que se hayan completado los servicios y se haya dado de alta al paciente.

El hospital ofrecerá una guía o ayuda directa a los pacientes o al representante de la familia, según sea necesario, para facilitar el proceso de completar la solicitud gratuita. Hay consejeros financieros, enlaces de servicios de elegibilidad o representantes de cuentas de pacientes disponibles para ofrecer orientación por teléfono o para reunirse en persona.

La solicitud cubrirá todos los saldos pendientes del garante al momento en que se completa. Puede ser necesario que los pacientes vuelvan a presentar una solicitud de asistencia financiera para atención de caridad al menos cada 180 días.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 13 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Documentación requerida

Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y realizando todos los esfuerzos razonables para proveer al hospital la documentación e información de beneficios de cobertura de salud en forma tal que este pueda tomar una determinación en cuanto a la elegibilidad del paciente para la cobertura conforme al programa. La elegibilidad por sí sola no constituye un derecho a la cobertura conforme al Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC. Para determinar su elegibilidad, se le exige presentar solo uno de los siguientes documentos para demostrar sus ingresos: comprobantes de pago recientes o declaraciones de impuestos recientes. Para maximizar la asistencia para la que podría calificar, se requiere la siguiente documentación, cuando corresponda:

- 1) Solicitud de asistencia financiera completa y firmada;
- 2) **Comprobantes de pago recientes** se refiere a comprobantes de pago emitidos en los seis meses anteriores o posteriores a la fecha en que se le facturó por primera vez. En el caso de atención que aún no se haya prestado, comprobantes de pago de los seis meses anteriores a la fecha en que presenta la solicitud.
- 3) **Declaración de impuestos reciente** se refiere a la declaración que muestra los ingresos de su familia durante el año en que se le facturó por primera vez, o durante los doce meses anteriores a la primera facturación.
- 4) Si no puede proporcionar comprobantes de pago o declaraciones de impuestos, es posible que le solicitemos alguna otra prueba, como una carta firmada por su empleador, una carta que muestre la aprobación o denegación de un programa gubernamental, una declaración por escrito o una declaración verbal. No está obligado a proporcionar estos elementos, pero los aceptaremos si decide proporcionarlos.

Completar la solicitud de atención de caridad proporciona lo siguiente:

- La información necesaria para que el hospital determine si el paciente tiene los ingresos suficientes para pagar los servicios;
- La documentación útil para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera; y
- Un seguimiento de auditoría que documente el compromiso del hospital para ofrecer atención de caridad.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 14 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Motivos para la denegación de la asistencia

El Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC depende de la cooperación de los pacientes individuales que puedan ser elegibles para recibir una atención de caridad completa. Se puede denegar la atención de caridad si hubo un error en la presentación de los documentos aplicables necesarios.

El hospital puede denegar la asistencia financiera por motivos que incluyen, entre otros, los siguientes:

- 1) El paciente no es elegible para atención de caridad con base en el monto de los ingresos;
- 2) El paciente no coopera o no responde, lo que impide que el hospital pueda determinar la elegibilidad y calificación para la atención de caridad;
- 3) El servicio provisto a un paciente de atención de caridad no se considera médicamente necesario;
- 4) La solicitud está incompleta;
- 5) El saldo del paciente surge de la retención al Hospital del pago de un seguro;
- 6) El saldo del paciente luego del pago del seguro no cumple con la definición de un alto costo médico;
- 7) La responsabilidad del paciente es el costo compartido de Medicaid o los gastos de bolsillo relacionados con la cobertura basada en los ingresos o en los medios económicos, como un plan de salud calificado y subsidiado de Covered CA.

La solicitud de atención de caridad se deberá completar tan pronto haya un indicio de que el paciente pueda necesitar dicha atención. El formulario de solicitud se podrá completar antes del servicio, durante la estadía de un paciente o luego de que se hayan completado los servicios y se haya dado de alta al paciente.

Proceso de aprobación

El paciente o su representante deben enviar la solicitud de atención de caridad y los documentos complementarios requeridos al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en PVHMC. En las instrucciones de la solicitud se deberá identificar de forma clara la información de contacto del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 15 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

PVHMC proveerá el personal que ha sido capacitado para revisar que las solicitudes de atención de caridad estén completas y correctas. Se revisarán las solicitudes tan pronto como sea posible considerando la necesidad del paciente de una respuesta oportuna. Una vez recibida una solicitud de atención gratuita completa, el personal asignado en la oficina comercial preparará una "Solicitud para la consideración de atención no compensada (gratuita)" adjuntando toda la documentación de respaldo, tal como se define en esta política, y la presentará a un administrador aplicable según el monto del descuento solicitado, tal como se define a continuación. Para las circunstancias que se definen a continuación que NO necesitan la presentación de una solicitud de asistencia financiera, el personal preparará una "Solicitud para la consideración de atención no compensada (gratuita)" anotando de forma clara el motivo por el cual NO se preparó una solicitud y adjuntando un informe crediticio, si hubiese un número de Seguro Social válido disponible.

La determinación de la asistencia financiera para atención de caridad la realizará solo el personal de administración aprobado del hospital conforme a los criterios de elegibilidad específicos del paciente y al monto solicitado de asistencia financiera. La asistencia financiera no se proporcionará de manera discriminatoria o arbitraria. El hospital mantiene una discreción total, en consonancia con las leyes y regulaciones, para establecer los criterios de elegibilidad y determinar si un paciente brindó evidencia suficiente de elegibilidad para recibir la atención de caridad.

El miembro del hospital designado autorizado para aprobar las solicitudes de asistencia financiera se basa en el monto solicitado de la asistencia financiera; los descuentos mayores requieren un nivel mayor de aprobación, tal como se indica a continuación:

- Descuentos inferiores a \$25,000: director de Servicios Financieros para Pacientes o director de Acceso de Pacientes.
- Descuentos superiores a \$25,000: director financiero.

El hospital se reserva el derecho a revertir los ajustes de la atención de caridad e iniciar las acciones de reembolso o cobro adecuadas. Esta situación puede ocurrir por una variedad de

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 16 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

motivos; por ejemplo, información nueva, como la cobertura de un seguro o la presentación de un reclamo por lesiones personales vinculadas a los servicios en cuestión.

Excepciones en cuanto a la solicitud

En ciertas circunstancias, puede no ser necesaria una solicitud de atención de caridad completa. Estas circunstancias se limitan a situaciones en las que PVHMC determina que hay suficiente información financiera del paciente a partir de la cual se puede tomar una decisión de elegibilidad y calificación para la atención de caridad. Entre los ejemplos de circunstancias que no requieren de una solicitud de atención de caridad completa se incluyen los siguientes:

- 1) El paciente no tiene un hogar;
- 2) El paciente es residente de un albergue, incluidos, entre otros, Prototypes y The American Recovery Center;
- 3) El domicilio del paciente es el domicilio del Departamento de Servicios Públicos Sociales (DPSS) 2040 Holt Ave Pomona;
- 4) No se conoce al paciente;
- 5) El paciente recibe Ayuda General, Cal WORKS o Cal Fresh (se necesita documentación);
- 6) El paciente califica para Medi-Cal participación en los costos (SOC) durante parte de su internación o posterior a su alta/visita (se necesita evidencia de elegibilidad);
- 7) Servicios no cubiertos o denegados provistos a pacientes elegibles de Medi-Cal;
- 8) Un saldo del paciente después del pago de VOVC;
- 9) El paciente califica para el subsidio de Susan G. Komen; el subsidio de Susan G. Komen se registrará como un ingreso no operativo (904050);
- 10) Reclamos impagos o denegados del plan de Medicaid fuera del estado;
- 11) El paciente falleció y tiene pocos activos o activos no identificables;
- 12) La deuda del paciente se cancela legalmente como resultado de quiebra;
- 13) El puntaje crediticio del paciente se considera desfavorable cuando no supera los 647 puntos;
- 14) El paciente está en prisión;
- 15) El paciente declara dificultades económicas o incapacidad para continuar pagando un plan de pagos acordado previamente;
- 16) El paciente manifiesta que se le cotizó de manera incorrecta el precio de servicios que no son de emergencia: hay una diferencia entre el monto adeudado y el precio cotizado con anterioridad.
- 17) El paciente fue atendido por Parktree Community Health Center (PCC).



Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 17 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Proceso de apelación

En caso de que un paciente no esté de acuerdo con la determinación del hospital respecto de la calificación, el paciente puede presentar una apelación por escrito para la reconsideración por parte del hospital de la siguiente manera:

La apelación por escrito debe incluir una explicación completa de la disputa y de los fundamentos del paciente para la reconsideración. Se debe adjuntar toda la documentación adicional relevante para respaldar el reclamo del paciente a la apelación por escrito.

El director de Servicios Financieros para Pacientes del hospital revisará todas las apelaciones. El director considerará todas las declaraciones de disputa por escrito y toda la documentación adjunta. Tras completar la revisión del reclamo del paciente, el director deberá dar al paciente una explicación por escrito de sus hallazgos y de la determinación.

En caso de que el paciente crea que continúa habiendo una disputa luego de la consideración de la apelación por parte del director de Contabilidad de Pacientes, el paciente puede solicitar por escrito una revisión al director financiero. El director financiero deberá revisar la apelación por escrito y la documentación del paciente, así como también los hallazgos del director de Servicios Financieros para Pacientes. El Director Financiero deberá tomar una determinación y ofrecer al paciente una explicación por escrito de sus hallazgos. Todas las determinaciones del Director Financiero serán finales. No hay apelaciones posteriores.

Programa de Quejas sobre Facturas del Hospital

El Programa de Quejas sobre Facturas del Hospital es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura del hospital. Si considera que se le negó erróneamente la asistencia financiera, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas sobre Facturas del Hospital. Ingrese a HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 18 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

LOS MÉDICOS DE EMERGENCIA FACTURAN POR SEPARADO Y TAMBIÉN ESTÁN OBLIGADOS A OTORGAR DESCUENTOS A DETERMINADOS PACIENTES

Se requiere que los médicos que ofrezcan servicios de emergencia en el hospital otorguen descuentos a los pacientes no asegurados y a los pacientes con costos médicos altos, cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza.

Los descuentos que ofrecen los médicos que prestan servicios de emergencia en el hospital no están incluidos en la Política de asistencia financiera para atención de caridad del hospital. Estos descuentos son administrados de manera independiente por el médico, su grupo médico o su agencia de facturación; consulte el Anexo A para obtener un listado completo de proveedores de emergencia.

INFORMES Y FACTURACIÓN:

Extracto de facturación

De acuerdo con la sección 127420 del Código de Salud y Seguridad, el hospital incluirá la siguiente información en forma clara y notoria en la factura de un paciente:

- (1) Un extracto de los cargos por los servicios prestados por el hospital.
- (2) Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal o alguna otra cobertura.
- (3) Una declaración de que si el consumidor no tiene cobertura de seguro médico, este puede ser elegible para la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California (Covered CA), Medicare, Medi-Cal, el Programa California Children's Services o la atención de caridad.
- (4) Una declaración que indique cómo los pacientes pueden obtener una solicitud para el programa Medi-Cal, la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California u otros programas de cobertura médica con fondos del estado o del condado, y que el hospital les proveerá dichas solicitudes. Si el paciente no indica una cobertura por un tercero pagador o no solicita un descuento sobre el precio o la atención de caridad, el hospital ofrecerá una solicitud para el programa Medi-Cal o algún otro programa con fondos del estado o del

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 19 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

condado al paciente. Esta solicitud se deberá ofrecer antes del alta si el paciente ha sido hospitalizado o a los pacientes que reciban cuidados de emergencia o ambulatorios. El hospital también proporcionará a los pacientes una remisión a un centro local de asistencia al consumidor que funciona en oficinas de servicios legales.

(5) Información concerniente al paciente calificado financieramente y a la solicitud de atención de caridad, incluido lo siguiente:

(A) Una declaración que indique que si el paciente no posee cobertura o su cobertura es inadecuada y cumple determinados requisitos de ingresos bajos y moderados, puede calificar para pagos con descuentos o atención de caridad.

(B) El nombre y el número de teléfono de un empleado u oficina del hospital a los que el paciente pueda pedir información sobre las políticas de pago con descuento y de atención de caridad del hospital y cómo solicitar la asistencia.

(C) Si el paciente presenta una solicitud o tiene una pendiente para otro programa de cobertura médica al mismo tiempo que solicita atención de caridad del hospital o cualquier programa de asistencia médica con tarifas reducidas pero no gratuitas, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

Aviso público

PVHMC colocará avisos informando al público sobre la atención de caridad y cualquier programa de asistencia financiera con tarifas reducidas, pero no gratuitas. Dichos avisos se deberán publicar en áreas de hospitalización de gran volumen y en las áreas de servicios ambulatorios del hospital, incluidos, entre otros, el Departamento de Emergencias, las áreas de admisión de hospitalización y registro para servicios ambulatorios o en otras áreas de espera comunes de pacientes del hospital. También se deberán colocar los avisos en cualquier otro lugar donde el paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre los programas de atención de caridad y cualquier programa de asistencia financiera con tarifas reducidas, pero no gratuitas, así como sobre cómo solicitar dicha asistencia.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 20 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Estos avisos se deberán colocar en inglés y español y en cualquier otro idioma que sea representativo del 5 % o más de los pacientes en el área de servicios del hospital. El aviso tendrá un tamaño de 11 x 20 e incluirá la siguiente información:

- *Ayuda para pagar su factura*
- *Cómo presentar una solicitud*
- *Programa de quejas sobre facturas del hospital*
- *Cómo obtener más ayuda*

Acceso a la Política de Asistencia Financiera de Atención de Caridad

En el sitio web del hospital hay una copia de esta Política de asistencia financiera para atención de caridad y un resumen en lenguaje sencillo. Hay copias impresas de la política disponibles al público previa solicitud en el edificio principal del hospital o se puede enviar por correo.

Informes al HCAI

PVHMC informará sobre la atención de caridad real proporcionada de conformidad con los requisitos reglamentarios del Departamento de Acceso a la Atención Médica e Información (HCAI, por sus siglas en inglés) tal como se indica en el Manual de informes y contabilidad para hospitales, segunda edición. Para cumplir con los requisitos aplicables, el hospital conservará la documentación escrita concerniente a sus criterios para la atención de caridad y, para los pacientes individuales, el hospital conservará la documentación escrita concerniente a todas las determinaciones de dicha atención. Tal como lo requiere el HCAI, la atención de caridad proporcionada a los pacientes se registrará sobre la base de los cargos reales por los servicios prestados.

De conformidad con los reglamentos adoptados por el HCAI y aprobados por la Oficina de Derecho Administrativo, el director de Servicios Financieros para Pacientes presentará una copia electrónica de sus políticas de tarifas reducidas pero no gratuitas y de atención de caridad, los procedimientos de elegibilidad y el proceso de revisión (tal y como se definen y documentan en la Política del Programa de Asistencia Financiera) y su formulario de solicitud de atención de caridad al HCAI al menos cada dos años a más tardar el 1 de enero, a partir del 1 de enero de 2008, o cada vez que se produzca un cambio significativo en la política.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 21 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

DISPOSICIONES GENERALES:

Igualdad de oportunidades

El hospital se compromete a respetar las múltiples leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, estado civil, orientación sexual, discapacidad, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes locales, estatales o federales.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a la Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org.

Asistencia lingüística

Si necesita un formato alternativo accesible para el material anterior o si necesita hablar en otro idioma, póngase en contacto con Servicio al Cliente llamando al 909-865-9100 y ellos podrán ofrecerle un formato alternativo o ponerle en contacto con nuestro servicio de intérpretes para recibir asistencia adicional.

Confidencialidad

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es un tema sensible y profundamente personal de los beneficiarios. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, la información y los fondos para todos los que busquen o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección de aquellos encargados de implementar esta política se debe guiar por estos valores. El personal involucrado en las actividades de cobros no deberá revisar la documentación de la atención de caridad.

Buena fe

PVHMC gestiona de buena fe la asistencia financiera de Atención de Caridad para los pacientes que califican y confía en que la información proporcionada por el paciente o su representante familiar sea completa y precisa.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 22 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

La provisión de asistencia financiera para atención de caridad no elimina el derecho a facturar, ya sea en forma retrospectiva o en el momento del servicio, todos los servicios cuando el paciente o el representante de la familia hayan proporcionado deliberadamente información fraudulenta o incorrecta. Además, PVHMC se reserva el derecho de procurar cualquier reparación, incluyendo, entre otras, daños civiles y penales, por parte de aquellos pacientes o representantes familiares que hayan proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta con el fin de calificar para el Programa de Asistencia Financiera para Atención de Caridad de PVHMC.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 23 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Pomona Valley Hospital Medical Center
Política de asistencia financiera: Anexo A
Listado de proveedores de la sala de emergencias
Actualizado el: 1 de enero de 2023.

GRUPO MÉDICO EN EL HOSPITAL	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Allied Anesthesia	Allied Anesthesia	Anestesia
Asia Pacific Comprehensive Stroke Network	Asia Pacific Comprehensive Stroke Network	Neurología intervencionista
CEP America-California (Vituity)	CEP America- California	Medicina de emergencia
Chaparral Medical Group	Chaparral Medical Group	Cirugía cardíaca
Children's Hospital of Orange County	CHOC Children's Specialists	UCIN
Children's Hospital of Orange County	CHOC Children's Specialists	Pediatría
Hospitalist Corporation Of The Inland Empire	Hospitalist Corporation Of The Inland Empire	Hospitalista
Inland Neurosurgery Institute	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía pediátrica
Institute of Trauma and Acute Care	Institute of Trauma and Acute Care	Cirugía de traumatología
Pomona Valley Imaging Medical Group	Pomona Valley Imaging Medical Group	Radiología
Premier Orthopaedic	Premier Orthopaedic Trauma	Ortopedia

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 24 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Trauma Specialist, PMC	Specialist, PMC	
PVCH Clinical Laboratory Medical Group	PVCH Clinical Laboratory Medical Group, Inc.	Patología
San Gabriel Valley Perinatal Medical Group	San Gabriel Valley Perinatal Medical Group	Obstetricia interna

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 25 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Lubna	Shakir	Shakir Lubna	OB de apoyo
Maggie	Pham	Maggie Pham DO PC	OB de apoyo
Janelle	Warmington	San Gabriel Valley Perinatal Medical Group	OB de apoyo
Darryl	Rodriguez	San Gabriel Valley Perinatal Medical Group	OB de apoyo
Anas	Elias	Anas Elias MD Inc., Best Care OB/GYN	OB de apoyo
Anela	Puljic	Anela Puljic	OB de apoyo
Stephanie	Cropper	Bonita Obstetrics & Gynecology, Stephanie Cropper	OB de apoyo
Urvashi	Sura	Urvashi Sura	OB de apoyo
Simmi	Dhaliwal	Femcare Medical Associates of Inland Valley, Inc., Simmi Dhaliwal	OB de apoyo

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 26 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Mohamed	Elsharkawy	Mohamed Elsharkawy	OB de apoyo
Geeta	Patel	Geeta Patel	OB de apoyo
Nitanth	Vangala	Chaparral Medical Group	Cardiología
Muthiah	Muthusamy	Muthusamy Muthiah	Cardiología
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Bhavi	Pandya	Pandya Bhavi	Cardiología
Guarav	Parikh	Chaparral Medical Group	Cardiología
Krishna	Pulumati	Krishna Pulumati	Cardiología
Sam	Arasoghli	Sam Arasoghli	OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)
Stuart	McCarthy	Stuart McCarthy	OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)
Clara	Olcott	Clara Olcott	OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)
Natee	Poopat	Natee Poopat	OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)
Sadiq	Altamimi	The Neurology Group, Sadiq Altamimi	ACV en sala de emergencia

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 27 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Sayed	Jafri	The Neurology Group, Jafri Sayed	ACV en sala de emergencia
Mukhtair	Kundi	Mukhtair Kundi	ACV en sala de emergencia
Kelvin	Ma	The Neurology Group, Kelvin Ma	ACV en sala de emergencia
Adeel	Popalzai	Adeel Popalzai	ACV en sala de emergencia
Faisal	Qazi	Faisal Qazi	ACV en sala de emergencia
Diana	Rahman	The Neurology Group, Diana Rahman	ACV en sala de emergencia
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Hussein	Abidali	Hussein Abidali	Gastroenterología
Mohammed	Elbatta	Mohammed Elbatta	Gastroenterología
Kenneth	Lee	Kenneth W. Lee M.D. & Assoc. Inc.	Gastroenterología
Krishan	Malhotra	Krishan Malhotra	Gastroenterología
Nishcita	Merla	Realm Healthcare	Gastroenterología
Bhavesh Kumar	Patel	Bavesh Kumar Patel	Gastroenterología

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 28 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Sudhir	Reddy	Sudhir Reddy	Gastroenterología
Jason	Shin	Jason Shin	Gastroenterología
Maher	Tama	Maher Tama	Gastroenterología
Autar	Wali	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Gabriel	Estremera	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Danielle	Dabbs	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Michael	Jimenez	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Sivaprasad	Mullangi	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Rudy	Murillo	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Vinod	Garg	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Hugh	Chung	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Peter	Pak	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 29 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Onaona	Gurney	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general
Michael	Bolaris	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Vinod	Dhawan	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Caroline	Koan	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Ossama	Maloule	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
John	Mourani	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Ye Min	Oo	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Kanokrat	Suksompoth	Inland Valley Infectious Diseases Medical Group	Enfermedades infecciosas
Khader	Abounasr	Chaparral Medical Group	Intensivista
Heather	Davis	Chaparral Medical Group	Intensivista
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 30 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Nadir	Eltahir	Chaparral Medical Group	Intensivista
Anthony	Gan	Chaparral Medical Group	Intensivista
Joseph	Gordon	Chaparral Medical Group	Intensivista
Derrick	Raptis	Chaparral Medical Group	Intensivista
Rakesh	Sinha	Chaparral Medical Group	Intensivista
Nate	Soriano	Chaparral Medical Group	Intensivista
Benjamin	Ball	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Donald	Ye	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Srinath	Samudarala	Srinath Samudrala	Neurocirugía
Yvette	Marquez	Yvette Marquez	Neurocirugía
Ramin	Amirnovin	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Aaron	Cutler	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Lew	Disney	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 31 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Siraj	Gibani	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Richard	Young	Inland Neurosurgery Institute	Neurocirugía
Kevin	Waldron	Chaparral Medical Group	Neurocirugía
Benjamin	Ball	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Donald	Ye	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Srinath	Samudarala	Srinath Samudrala	Neurovascular
Yvette	Marquez	Yvette Marquez	Neurovascular
Ramin	Amirnovin	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Aaron	Cutler	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Lew	Disney	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Siraj	Gibani	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular
Richard	Young	Inland Neurosurgery Institute	Neurovascular

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 32 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Kevin	Waldron	Chaparral Medical Group	Neurovascular
Nitanth	Vangala	Chaparral Medical Group	Cardiología no intervencionista
Muthiah	Muthusamy	Muthusamy Muthiah	Cardiología no intervencionista
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Bhavi	Pandya	Bhavi Pandya	Cardiología no intervencionista
Guarav	Parikh	Chaparral Medical Group	Cardiología no intervencionista
Krishna	Pulumati	Krishna Pulumati	Cardiología no intervencionista
Ayaz	Khan	Ayaz Khan	Oftalmología
Mark	Barak	Mark Barak	Oftalmología
Anshul	Varshney	Anshul Varshney	Oftalmología
Lance	Siegel	Lance Siegel	Oftalmología (pediátrica)
Nirav	Amin	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 33 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Afshin	Arianjam	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Peter	Hahn	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Kenneth	Jahng	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Connor	Larose	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Ahmadi	Shahyrary	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Kalpesh	Bhavsar	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Psiquiatría
NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Michael	Consolo	Michael Consolo	Urología
Adam	Hickerson	Adam Hickerson	Urología
Issac	Kelly	Issac Kelly	Urología
Aaron	Nguyen	Aaron Nguyen	Urología

Nombre de la política: Política de asistencia financiera para atención de caridad		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política a nivel de todo el hospital	Página 34 de 34
Fecha de creación: 31/12/2007	Fechas de modificación: 05/01/2018, 01/01/2023, 01/01/24, 01/01/2025 y 21/11/2025	Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Elmer	Pineda	Elmer Pineda	Urología
Christopher	Tsai	Christopher Tsai	Urología
Jerry	Kim	Jerry Kim	Cirugía vascular
Vinod	Garg	Vinod Garg	Cirugía vascular
Nicholas	Saguan	Nicholas Saguan	Cirugía vascular