



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 1 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

ASUNTO: Política de cuidado de beneficencia

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 del servicio hospitalario de la comunidad, Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza en ofrecer servicios del cuidado de la salud de alta calidad y un entorno orientado al servicio al cliente. Ofrecer a los pacientes oportunidades para la cobertura de asistencia financiera de cuidado de beneficencia para los servicios del cuidado de la salud es un elemento esencial del cumplimiento de la misión de Pomona Valley Hospital Medical Center. Esta política define el Programa de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 (California Hospital Fair Pricing Act), codificada en los artículos 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California (California's Health & Safety Code), y en el artículo 501(r) del Código Tributario (Internal Revenue Code) que exigen políticas escritas sobre descuentos y cuidado de beneficencia para los pacientes que califiquen en términos financieros. Esta política ofrece cuidado de beneficencia a los pacientes que califiquen en términos financieros conforme a los términos y condiciones del Programa de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 asegurar un cronometraje, registro y tratamiento de la contabilidad consistentes de todas las transacciones en PVHMC. El personal de Acceso de los Pacientes y la Oficina de Negocios son responsables de asistir al paciente con la solicitud de cuidado de beneficencia según sea necesario para incluir el manejo de las transacciones de la contabilidad del paciente de forma tal que se apoyen 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 de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página: 2 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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. Una administración designada revisará los casos individuales para determinar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera y para determinar el descuento para el que califique el paciente. Todas las solicitudes de asistencia financiera de pacientes, familiares de pacientes, médicos o personal del hospital se abordarán conforme a esta política. Esta política se aplicará a las solicitudes de cuidado de beneficencia aprobadas a partir del 1 de enero de 2024.

Introducción

Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza por satisfacer las necesidades de atención médica de todos los pacientes que buscan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia. PVHMC se compromete a ofrecer acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no están asegurados o tienen seguros insuficientes y necesitan ayuda para pagar sus facturas hospitalarias. Entre estos programas se incluyen los programas de cobertura patrocinados por el estado y el condado, y el cuidado de beneficencia tal como se define en el presente documento. Esta política se centra en el cuidado de beneficencia, 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 de cuidado de beneficencia. Específicamente:

- Cada paciente registrado recibe un aviso por escrito de la Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia del Hospital escrita en lenguaje sencillo conforme al IRC 501(r);
- Puede solicitar, sin costo, copias en papel de la Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia, el formulario de solicitud de Cuidado de beneficencia y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia. Estos documentos también están disponibles en el sitio web del Hospital;
- 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 de cuidado de beneficencia del Hospital;



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 3 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

- Se colocan avisos públicos en todo el Hospital avisando al público sobre la asistencia financiera para aquellos que califiquen (ver "Informes y facturación: Avisos públicos" dentro de 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 de cuidado de beneficencia que presta el Hospital (ver "Informes y facturación: Declaraciones de facturación" dentro de esta política para obtener más información);
- El hospital también ofrecerá a los pacientes una referencia a un centro de asistencia al consumidor local albergado en oficinas de servicios legales.
- En un esfuerzo por promocionar al público general su Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia, 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 cuidado de beneficencia
- Presentación de la solicitud y proceso de revisión del cuidado de beneficencia
- 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), alimentos y provisiones del hogar, servicios públicos y teléfono, vestimenta, pagos médicos y dentales, seguros, cuidado escolar o infantil, manutención infantil y de cónyuges, gastos de transporte y automóviles (incluidos seguros, gasolina y reparaciones), pagos de cuotas, gastos de lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Beneficencia completa: Un descuento que representa el 100% de la responsabilidad del paciente. Un descuento de beneficencia completo equivale al 100% de los montos facturados cuando el paciente no está asegurado y equivale al deducible, coseguro y/o copago no satisfechos del paciente cuando éste está asegurado.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página: 4 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Altos costos médicos: Un paciente asegurado con "Altos costos médicos" reúne los siguientes requisitos:

- Es una persona cuyos ingresos familiares no superan el 400 % del nivel de pobreza federal si no recibe una tarifa con descuento del hospital como consecuencia de la cobertura de un tercero, y cumple cualquiera de estos criterios:
 - costos de bolsillo anuales incurridos por la persona en el hospital que superan el 10% de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses previos,
 - gastos de bolsillo anuales que superan el 10% de los ingresos familiares del paciente, si proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses previos,
 - un nivel más bajo determinado por el hospital de acuerdo con su política de cuidado de beneficencia.

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: Una agencia diseñada para proporcionar a los consumidores información sobre coberturas y servicios de atención médica. En California, la Health Consumer Alliance (HCA) fue designada como el programa de defensoría de CCI/Cal Mediconnect con vigencia a partir del 1 de abril de 2014. Hay más información disponible sobre HCA en <http://healthconsumer.org>. Los consumidores pueden llamar al 888-804-3536 para solicitar su redireccionamiento al centro del consumidor correcto.

Activos monetarios: Activos que son convertibles a efectivo, como cuentas bancarias y acciones que cotizan en la bolsa, pero **no** los activos ilíquidos, como los bienes inmuebles o los siguientes activos:

- Fondos y cuentas de jubilación;
- Planes de compensación diferida calificados conforme al Código Tributario;
- Planes de compensación diferida no calificados;
- Los primeros \$10,000 de los activos monetarios calificados;
- El 50% de los activos monetarios después de los primeros \$10,000.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 5 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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

Tamaño de la familia del paciente: depende de la edad del paciente tal como se define a continuación.

1) Para los pacientes de 18 años o más, la familia del paciente incluye al cónyuge del paciente, pareja y niños a su cargo menores de 21 años, vivan en el hogar o no;

2) Para los pacientes menores de 18 años, la familia del paciente incluye los padres del paciente, familiares cuidadores y otros niños menores de 21 años.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA DE CUIDADO DE BENEFICENCIA

ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DE CUIDADO DE BENEFICENCIA

La elegibilidad para recibir la asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 pobreza federal designado para el tamaño de la familia del paciente o es menor que ese valor Y el paciente cumple la definición de un paciente de "Alto costo médico"

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 6 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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 cuidado de beneficencia.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA EL DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE CUIDADO DE BENEFICENCIA

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;
- Los activos monetarios de la familia del paciente;

Criterios para el descuento de beneficencia

El siguiente cuadro resume los criterios que se deben satisfacer para que un paciente califique para un cuidado de beneficencia completo:

CATEGORÍA DE ELEGIBILIDAD	INGRESOS	ACTIVOS
No asegurado	<400% del NPF	<\$10,000
Asegurado con altos costos médicos	<400% del NPF	<\$10,000



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 7 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Todos los pacientes elegibles para el cuidado de beneficencia conforme a esta política recibirán una beneficencia completa si el ingreso familiar del paciente es igual o menor que el 400% del nivel de pobreza federal y sus activos monetarios sean inferiores a \$10,000. A fin de calificar para este nivel de descuento, el paciente debe solicitar y presentar la documentación necesaria para el cuidado de beneficencia conforme a esta política. El cuidado de beneficencia completo implica que el paciente no tendrá responsabilidad financiera por ningún costo de bolsillo.

Fechas de servicios incluidos en la solicitud

Cuando el hospital determine que un paciente califica para la Asistencia financiera de cuidado de beneficencia, esa determinación se aplicará a los servicios y fechas de servicios específicos para los cuales el paciente o el representante de la familia del paciente presentó la solicitud. En los casos de cuidado continuo relacionado con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios en curso y relacionados, el hospital tratará al cuidado continuo como un único caso para el que aplica la calificación a todos los servicios en curso relacionados provistos por el hospital. La administración podrá, basándose en su revisión, determinar que otros saldos de cuenta adeudados y preexistentes del paciente en el momento de la calificación podrán ser elegibles para su anulación. En general, un paciente volverá a solicitar la elegibilidad para la asistencia financiera al menos cada 180 días, pero la administración tiene la discreción de no pedir solicitudes adicionales para los servicios posteriores después de la aprobación de una solicitud inicial.

Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Denegación de pagos de Medi-Cal

PVHMC considera indigentes a aquellos pacientes que son elegibles para programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid, Servicios Infantiles de California y cualquier otro programa de bajos ingresos local o estatal aplicable). Por consiguiente, dichos pacientes son elegibles conforme a la Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia cuando el pago no se realiza mediante el programa gubernamental. Por ejemplo, los pacientes que califiquen para Medi-Cal/Medicaid y también para otros programas que satisfagan las necesidades de los pacientes con bajos ingresos (p. ej., CHDP y CCS), cuando el programa no paga todos los servicios o días durante la estadía en el hospital, son elegibles para la cobertura de cuidado de beneficencia limitado 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 otros servicios denegados provistos a los beneficiarios de Medicaid elegibles se informarán como "Cuidados No Compensados" a los fines del informe de costos sin necesitar



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página: 8 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

una solicitud de cuidado de beneficencia para cada paciente. Específicamente, se incluyen como Cuidados No Compensados los cargos relacionados con las estadías denegadas, días de cuidado denegados y servicios sin cobertura. Se clasificarán como cuidado de beneficencia 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 sobre la parte del costo correspondiente a 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.

Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Denegaciones de coseguro y deducibles 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 beneficencia completa. El monto que califica para la beneficencia completa se limita al coseguro de Medicare y los montos de 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 u otro programa que atiende las necesidades de cuidados de la salud de pacientes con bajos ingresos; o
- 2) de otra forma, el paciente califica para la asistencia financiera de cuidado de beneficencia conforme a esta política y solo en la medida de la anulación prevista en esta póliza.

Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Reasignación de una deuda incobrable a la beneficencia

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 tiene los recursos para pagar sus facturas se podrá considerar como elegible para el Cuidado de beneficencia. Se mantendrá en el archivo de documentación del Cuidado de beneficencia la documentación de la incapacidad de pago del paciente o del representante de la familia por los servicios.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 9 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Pacientes asegurados sin 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 PVMHC. 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.

Conforme a las instrucciones de informes de costos actualizadas de Medicare en virtud de la [Transmisión 18](#), PVHMC puede registrar la parte de los cargos totales para los pacientes con cobertura de una entidad o aseguradora que tiene una relación contractual inferida, o que no tiene una relación contractual o relación contractual inferida con PVHMC, en concepto de asistencia financiera al paciente.

Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Cargos por servicios no cubiertos o 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 al 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 cuidados sin compensación.

Criterios para la reasignación de una deuda incobrable al cuidado de beneficencia:

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

- 1) Las cuentas de pacientes que no tienen seguros aplicables (incluidos programas de cobertura gubernamentales u otros pagadores terceros);



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 10 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

- 2) El paciente o el representante de la familia no ha realizado un pago dentro de los 150 días de la asignación a la agencia de cobros;
- 3) El puntaje crediticio y del comportamiento del paciente está dentro del 25 por ciento más bajo desde noviembre de 2007, la agencia secundaria de PVHMC ha determinado que el puntaje crediticio y del comportamiento que representa el 25 por ciento más bajo es de 547 o menor, tal como lo informó Transunion;
- 4) La agencia de cobro ha determinado que el paciente/representante de la familia no puede pagar; y/o
- 5) El paciente o el representante de la familia no tiene un número de Seguro Social válido y/o un domicilio de residencia declarado en forma apropiada a fin de determinar un puntaje crediticio.

Pago con descuento

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

Medidas de cobro

Antes de autorizar actividades de cobro extraordinarias, el Hospital se asegurará de enviar por correo una Solicitud de asistencia financiera al domicilio actual del garante que figura en archivo 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 al Paciente 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 de cobro extraordinarias. 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.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 11 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Acceso al cuidado de la salud durante una emergencia de salud pública

La Crisis de acceso al cuidado de la salud debe estar declarada por el equipo de liderazgo del hospital y aprobada por la Junta Directiva y adjuntarse a este documento de asistencia financiera de cuidado de beneficencia como un anexo. La Crisis de acceso al cuidado de la salud puede vincularse con una situación de emergencia en la que se modifican las normativas estatales o federales para satisfacer las necesidades de atención médica inmediata de la comunidad de PVHMC durante el momento de crisis. Durante una Crisis de acceso al cuidado de la salud, PVHMC puede "flexibilizar" su política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia como un anexo. En el momento de crisis se pueden otorgar a los pacientes descuentos relacionados con la Crisis de acceso al cuidado de la salud, 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 al cuidado de la salud).

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD Y PROCESO DE REVISIÓN DEL CUIDADO DE BENEFICENCIA

Solicitud única y unificada

La solicitud de cuidado de beneficencia ofrece la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente 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 de cuidado de beneficencia de PVHMC. La solicitud de cuidado de beneficencia se deberá completar tan pronto haya un indicio de que el paciente pueda necesitar dicho cuidado de beneficencia. 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 y/o asistencia directa a los pacientes o al representante de la familia para completar las solicitudes de beneficencia. Hay consejeros financieros, enlaces de servicios de elegibilidad y/o representantes de cuentas de pacientes disponibles para ofrecer guías por vía telefónica o reuniones en persona.

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 12 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

La solicitud cubrirá todos los saldos de garantes adeudados al momento en que se completa la solicitud. Puede ser necesario que los pacientes vuelvan a solicitar la asistencia financiera de cuidado de beneficencia al menos cada 180 días.

Documentación necesaria

Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 el hospital pueda realizar una determinación de 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 de cuidado de beneficencia de PVHMC. Para determinar la elegibilidad y maximizar la asistencia aplicable, es necesaria la siguiente documentación, si aplica:

- 1) Solicitud de asistencia financiera completa y firmada;
- 2) Talones de pago actuales de los últimos dos períodos de pago o, en el caso de ser autónomo, declaración de ganancias y pérdidas hasta la fecha para determinar el ingreso actual;
- 3) Cartas de concesión del seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), discapacidad, desempleo, ayuda general, pensión alimenticia, etc.
- 4) La última declaración de impuestos presentada con todos los anexos requeridos para determinar los bienes que generan ingresos, incluidos los bienes monetarios.
- 5) Los estados de cuenta bancarios, de corretaje e inversión de los últimos dos meses, excepto que no incluyan estados de cuenta de planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código Tributario, o planes de compensación diferida no calificados;
- 6) Las copias del 1099 del año anterior de ingresos por intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.

Completar la solicitud de cuidado de beneficencia 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 cuidado de beneficencia.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 13 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

El Hospital puede solicitar renuncias o descargos del paciente o la familia del paciente autorizando al hospital a obtener información contable de instituciones financieras o comerciales o de otras entidades que incluyen, pero no se limitan, a entidades de reportes de crédito que tengan o mantengan los activos monetarios, en un intento de verificar la información provista por el paciente en la solicitud de cuidado de beneficencia. La información obtenida conforme a este párrafo respecto de los activos del paciente o de la familia del paciente no se utilizará para actividades de cobro.

Motivos de denegación de la asistencia

El Programa de asistencia financiera de cuidado de beneficencia de PVHMC depende de la cooperación de los pacientes individuales que puedan ser elegibles para recibir cuidado de beneficencia completo. Se puede denegar el cuidado de beneficencia 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 un cuidado de beneficencia basado en el monto de ingresos más los activos monetarios;
- 2) El paciente no coopera o no responde, lo que impide al Hospital determinar la elegibilidad y calificación para otorgarle el cuidado de beneficencia;
- 3) El servicio provisto a un paciente de cuidado de beneficencia no se considera necesario desde el punto de vista médico;
- 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 asistencia fue solicitada sobre un servicio provisto más de 180 días después de que se haya aprobado la solicitud de asistencia más reciente; y
- 8) La responsabilidad del paciente es la parte del costo que le corresponde a Medicaid o un gasto de bolsillo relacionado con la evidencia de recursos o con una cobertura basada en ingresos, como el plan de salud calificado subsidiado Covered CA.

La solicitud de cuidado de beneficencia se deberá completar tan pronto haya un indicio de que el paciente pueda necesitar dicho cuidado de beneficencia. El formulario de solicitud se podrá



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 14 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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 cuidado de beneficencia y los documentos complementarios requeridos al departamento de Servicios Financieros al Paciente en PVHMC. Se deberá identificar en forma clara en las instrucciones de la solicitud la información de contacto del departamento de Servicios Financieros al Paciente.

PVHMC proveerá el personal que ha sido capacitado para revisar que las solicitudes de cuidado de beneficencia estén completas y sean 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 cuidado de beneficencia completa, el personal asignado en la oficina comercial preparará una "Solicitud para la consideración de cuidados sin compensación (beneficencia)" 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 cuidados sin compensación (beneficencia)" anotando en forma clara el motivo por el cual NO se preparó una solicitud y adjuntando un reporte de crédito si hubiese un número de seguro social válido disponible.

La determinación de la asistencia financiera de cuidado de beneficencia la realizará solo el personal de administración aprobado del Hospital conforme a los criterios de elegibilidad específicos del paciente y al monto de asistencia financiera solicitado. La asistencia financiera no se ofrecerá de manera discriminatoria o arbitraria. El hospital retiene 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 el cuidado de beneficencia.

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 menores que \$25,000: Director de Servicios Financieros al Paciente o Director de Acceso de los Pacientes

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 15 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

- Descuentos mayores que \$25,000: Director Financiero

El Hospital se reserva el derecho a revertir los ajustes del cuidado de beneficencia e iniciar las acciones de reembolso o cobro adecuadas. Esta situación puede ocurrir por una variedad de 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 la solicitud

En ciertas circunstancias, puede no ser necesaria una solicitud de cuidado de beneficencia 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 el cuidado de beneficencia. Entre los ejemplos de circunstancias que no requieren de una solicitud de cuidado de beneficencia 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 a causa de bancarrota;
- 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.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 16 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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 al Paciente 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 escrita y la documentación del paciente, así como también los hallazgos del Director de Servicios Financieros al Paciente. 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.

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 de alto costo médico cuyos ingresos sean iguales o menores que el 400% del nivel de pobreza federal.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 17 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Los descuentos que ofrecen los médicos que prestan servicios de emergencia en el hospital no están incluidos en la Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 el Artículo 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 u otra cobertura.
- (3) Una declaración de que si el consumidor no tiene cobertura de seguro médico, el consumidor puede ser elegible para la cobertura ofrecida a través del Intercambio de beneficios de salud de California (Covered CA), Medicare, Medi-Cal, el Programa de servicios infantiles de California o el cuidado de beneficencia.
- (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 cuidado de beneficencia, el hospital ofrecerá una solicitud para el programa Medi-Cal u otro programa con fondos del estado o del 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 ofrecerá a los pacientes una referencia a un centro de asistencia al consumidor local albergado en oficinas de servicios legales.
- (5) Información concerniente al paciente calificado financieramente y a la solicitud de cuidado de beneficencia, 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, el paciente puede calificar para pagos con descuentos o cuidado de beneficencia.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 18 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

(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 cuidado de beneficencia del hospital y cómo solicitar la asistencia.

(C) Si el paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura médica al mismo tiempo que solicita un cuidado de beneficencia del hospital o un programa de pago con descuento, ninguna solicitud descartará la elegibilidad para el otro programa.

Aviso público

PVHMC deberá colocar avisos que informen al público sobre los Programas de asistencia financiera de cuidado de beneficencia y pago con descuento. 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 el registro para servicios ambulatorios, o en otras áreas comunes de espera de pacientes del hospital. También se deberán colocar los avisos en cualquier otra ubicación donde el paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información de los programas de cuidado de beneficencia y pago con descuento, así como también dónde solicitar dicha asistencia.

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 cuidado de beneficencia

En el sitio web del hospital hay una copia de esta Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 19 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Informes al HCAI

PVHMC informará los cuidados de beneficencia ofrecidos de conformidad con los requisitos reglamentarios de la Oficina de Planeamiento y Desarrollo de la Salud del Estado (Office of Statewide Health Planning and Development - OSHPD) 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 el cuidado de beneficencia y, para los pacientes individuales, el hospital conservará la documentación escrita concerniente a todas las determinaciones del cuidado de beneficencia. Tal como lo requiere la OSHPD, el cuidado de beneficencia ofrecido a los pacientes se registrará sobre la base de los cargos reales por los servicios prestados.

En cumplimiento de las reglamentaciones adoptadas por el HCAI aprobadas por la Oficina de Leyes Administrativas (Office of Administrative Law) el 8 de agosto de 2007 (Título 22, Secciones 96040-96050), el Director de Servicios Financieros al Paciente presentará una copia electrónica de sus políticas de pago con descuento y cuidado de beneficencia, los procedimientos de elegibilidad y el proceso de revisión (tal como se definen y documentan en una Política del programa de asistencia financiera comprensiva) y el formulario de solicitud de cuidado de beneficencia a la OSHPD al menos una vez cada dos años antes del 1 de enero, comenzando el 1 de enero de 2008, o cuando sea que se realice un cambio importante en la política.

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.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 20 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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 cobro no deberá revisar la documentación del cuidado de beneficencia.

Buena fe

PVHMC hace arreglos de buena fe para la asistencia financiera de cuidado de beneficencia para los pacientes calificados y confía en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia es completa y exacta.

La provisión de asistencia financiera de cuidado de beneficencia 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 provisto deliberadamente información fraudulenta o incorrecta. Además, PVHMC se reserva el derecho a solicitar todas las compensaciones, que incluyen, entre otros, los daños y perjuicios civiles y penales de aquellos pacientes o representantes de familias que hayan provisto deliberadamente información fraudulenta o incorrecta a fin de calificar para el Programa de asistencia financiera de cuidado de beneficencia de PVHMC.



Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 21 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

Pomona Valley Hospital Medical Center
Política de asistencia financiera: Anexo A
Listado de proveedores de emergencia
Actualización: 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 Trauma Specialist, PMC	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
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 de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 22 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

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
Mohamed	Elsharkawy	Mohamed Elsharkawy	OB de apoyo
Geeta	Patel	Geeta Patel	OB de apoyo

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 23 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Nitanth	Vangala	Chaparral Medical Group	Cardiología
Muthiah	Muthusamy	Muthusamy Muthiah	Cardiología
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
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

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 24 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
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
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
Sudhir	Reddy	Sudhir Reddy	Gastroenterología
Jason	Shin	Jason Shin	Gastroenterología
Maher	Tama	Maher Tama	Gastroenterología
Autar	Wali	Institute of Trauma & Acute Care	Cirugía general

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 25 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
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
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
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

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 26 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
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
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

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 27 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
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
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

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 28 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
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
Kevin	Waldron	Chaparral Medical Group	Neurovascular
Nitanth	Vangala	Chaparral Medical Group	Cardiología no intervencionista
Muthiah	Muthusamy	Muthusamy Muthiah	Cardiología no intervencionista
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

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 29 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Mark	Barak	Mark Barak	Oftalmología
Anshul	Varshney	Anshul Varshney	Oftalmología
Lance	Siegel	Lance Siegel	Oftalmología (pediátrica)
Nirav	Amin	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
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	Shahyrrar	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Ortopedia
Kalpesh	Bhavsar	Premier Orthopaedic Trauma Specialist, PMC	Psiquiatría
Michael	Consolo	Michael Consolo	Urología

Nombre de la política: Política de asistencia financiera de cuidado de beneficencia		Política n.º: HW#501
División: Organizacional	Manual: Política del Hospital Completo	Página 30 de 30
Fecha de creación: 31/12/2007	Fecha de revisión: 5/1/2018; 1/1/2023, 01/01/2024	Fecha de efectiva: 01/01/2024

NOMBRE DEL MÉDICO DE GUARDIA	APELLIDO DEL MÉDICO DE GUARDIA	PAGADERO A (AGENTE DE FACTURACIÓN)	ESPECIALIDAD
Adam	Hickerson	Adam Hickerson	Urología
Issac	Kelly	Issac Kelly	Urología
Aaron	Nguyen	Aaron Nguyen	Urología
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