



<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 1 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**TEMA:** Política del Programa de asistencia financiera al paciente

**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 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 al Programa de asistencia financiera 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 de Rentas Internas (Internal Revenue Code) que exigen políticas escritas sobre descuentos y cuidado de beneficencia para los pacientes que califiquen financieramente. Esta política ofrece tanto cuidado de beneficencia como descuentos a los pacientes que califiquen financieramente conforme a los términos y condiciones del Programa de asistencia financiera de Pomona Valley Hospital Medical Center.

El Departamento de Finanzas es responsable de las políticas y los procedimientos de la contabilidad general. Se incluye en este propósito la obligación de asegurar una coordinación, un registro y un 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 asistencia financiera, según sea necesario, con el manejo de las transacciones de contabilidad del paciente de forma tal que apoye la misión y los objetivos operacionales de Pomona Valley Hospital Medical Center. La junta directiva de PVHMC es responsable por la aprobación de esta política.

**Política:**

Es política de Pomona Valley Hospital Medical Center ofrecer asistencia financiera a los pacientes que no son capaces de pagar sus facturas vencidas del hospital debido a una incapacidad financiera para hacerlo. 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 por parte de pacientes, familiares de pacientes, médicos o personal del hospital se abordarán conforme a esta política. Esta política se aplicará a las solicitudes de asistencia financiera aprobadas a partir del 1.º de noviembre de 2017.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 2 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

## Introducción

Pomona Valley Hospital Medical Center se esfuerza por satisfacer las necesidades de atención médica de todos los pacientes que buscan servicios de hospitalización, ambulatorios y de emergencia. PVHMC se compromete a ofrecer acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no están asegurados o no están asegurados totalmente y necesitan ayuda para pagar sus facturas hospitalarias. Estos programas incluyen programas de cobertura financiada 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 cuya elegibilidad para asistencia financiera y el cumplimiento de requisitos para recibir un descuento se determina solamente por la capacidad de pago del paciente o la familia del paciente.

El hospital realiza todos los esfuerzos para informar a sus pacientes acerca del Programa de asistencia financiera del hospital. Específicamente:

- Cada paciente registrado recibe un aviso por escrito de la Política de asistencia financiera del hospital escrito en lenguaje sencillo conforme al IRC 501(r).
- Si se las solicita, hay copias en papel gratis de la Política de asistencia financiera, del formulario de solicitud de la asistencia financiera y del resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo. Estos documentos también están disponibles en el sitio web del hospital.
- Siempre que sea posible, durante el proceso de registro, se evalúa a los pacientes que no estén asegurados a fin de verificar su elegibilidad para programas financiados por el gobierno o el Programa de asistencia financiera del hospital.
- Se publican avisos en todo el hospital que notifican al público sobre la asistencia financiera para aquellos que califiquen (para obtener más información, consulte la sección “Informes y facturación: Avisos públicos” de esta política).
- Las declaraciones de facturación del garante contienen información que asiste a los pacientes para obtener coberturas financiadas por el gobierno o la asistencia financiera provista por el hospital (para obtener más información, consulte la sección “Informes y facturación: Estados de cuenta” de esta política).
- El hospital ofrecerá a los pacientes un referido a un centro de asistencia al consumidor local en una oficina de servicios legales.
- En un esfuerzo por publicitar ampliamente la Política de asistencia financiera del hospital, el hospital ha colaborado con varias clínicas comunitarias para proporcionar literatura de asistencia financiera para pacientes de clínicas

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 3 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**Esta política aborda lo siguiente:**

Definiciones  
 Criterios de elegibilidad de asistencia financiera  
 Criterios de calificación para descuentos de asistencia financiera  
 Entrega de la solicitud y proceso de revisión  
 Informes y facturación  
 Disposiciones generales

**DEFINICIONES**

**Montos generalmente facturados (MGF):** Son los montos facturados generalmente por el hospital para emergencias y otros servicios médicos necesarios brindados a los pacientes que tienen cobertura médica. Este monto no representa el cargo usual y habitual del hospital, sino los montos que se pagan generalmente por un tercero pagador tal como se define en el presente documento.

**Gastos de vida esenciales:** Son los gastos para cubrir lo siguiente: pagos de alquileres o del hogar (incluidos gastos de mantenimiento), alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos (agua y electricidad) y teléfono, vestimenta, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o cuidado para niños, manutención de menores y 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:** Es un descuento que representa el 100 % de la responsabilidad del paciente. Un descuento de beneficencia completa representa el 100 % de los montos facturados cuando el paciente no está asegurado y es el equivalente a los gastos no cubiertos deducibles, de coseguro y/o copago cuando el paciente está asegurado.

**Altos costos médicos:** Un paciente asegurado con “Altos costos médicos” es:

- una persona cuyo ingreso familiar no supera el 350 % del Nivel de Pobreza Federal (NPF) si la persona no recibe una tarifa descontada del hospital como resultado de una cobertura de terceros, y cualquiera de los siguientes casos:
  - gastos anuales de bolsillo incurridos por la persona en el hospital que superen el 10 % del ingreso familiar del paciente en los 12 meses anteriores.
  - gastos anuales de bolsillo que superen el 10 % del ingreso familiar del paciente si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por este por su familia en los 12 meses anteriores.
  - un nivel inferior determinado por el hospital según la política de atención de cargos del hospital.



<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 4 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**Ingresos:** Se trata de la suma del total de los sueldos, salarios, ganancias, pagos de intereses, alquileres y otras formas de ingresos recibidos por todos los miembros de la familia del paciente durante un período de tiempo de un año. En el caso de los familiares que son empleados autónomos, incluye los recibos brutos menos el costo de los productos vendidos.

**Centro de asistencia al consumidor local:** Es una agencia designada para dar a los consumidores información acerca de la cobertura y los servicios de atención médica. En California, la Alianza del Consumidor de Salud (HCA, por sus siglas en inglés) fue designada como el programa de defensa de CCI/CalMediconnect vigente a partir del 1.º de abril de 2014. Para obtener más información sobre la HCA, consulte <http://healthconsumer.org>. Los consumidores pueden llamar al 888-804-3536 para que se les refiera al centro de consumidores correspondiente.

**Bienes monetarios:** Son bienes que se pueden convertir en efectivo, como cuentas bancarias y acciones que cotizan en bolsa, pero no los bienes que no son liquidables, como los bienes inmuebles o los siguientes bienes:

- fondos y cuentas de jubilación;
- planes de compensación diferida calificados conforme al Código de Rentas Internas;
- planes de compensación diferida sin calificar;
- los primeros \$10,000 de los bienes monetarios calificados;
- el 50 % de los bienes monetarios después de los primeros \$10,000.

**Servicios necesarios:** Se refiere a la atención médica para pacientes hospitalizados, ambulatorios o para servicios de emergencia que sea considerada necesaria por un médico. Los servicios necesarios no incluirían 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:** Este depende de la edad del paciente tal como se define a continuación.

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

2) Para los pacientes menores de 18 años, se refiere a la familia del paciente que incluye los padres del paciente, familiares del cuidador y otros niños menores de 21 años.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 5 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

## **PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA**

### **ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

La elegibilidad de asistencia financiera se basa en la habilidad del paciente para pagar tal como está determinado por el ingreso de la Familia 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 con los requisitos de la definición de un paciente de “Alto costo médico”.

También se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Si el paciente está asegurado, la responsabilidad del paciente NO es una división de costos de Medicare ni un deducible impago, coseguro y/o copago relacionados con la cobertura subsidiada provista mediante un plan de salud calificado de Covered CA o similar;
- El paciente no califica para otra cobertura financiada por el gobierno basada en ingresos/determinación de los recursos económicos;
  - Una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud no descartará 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 cualquier pregunta de la solicitud de asistencia financiera que hubiera.

El paciente que resulte elegible para la asistencia financiera no recibirá cargos por atención de emergencia u otra atención médica necesaria más que el monto generalmente facturado (MGF) a los individuos que tienen una cobertura médica que cubre dicha atención.

Se requiere que los médicos que ofrezcan servicios de emergencia en el hospital ofrezcan descuentos a los pacientes sin asegurar y a los pacientes de Alto costo médico cuyos ingresos sean iguales o menores al 350 por ciento del Nivel de Pobreza Federal. Los descuentos de los médicos que brindan servicios de emergencia en el hospital no están incluidos en la Política de asistencia financiera del hospital. Estos descuentos son administrados independientemente por el médico, el grupo médico del médico y / o el agente de facturación del médico.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 6 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

A los pacientes elegibles se les ofrece un plan de pagos razonable y extendido. Si no se llega a un acuerdo, se debe utilizar una fórmula de pagos razonable similar a la fórmula de pagos del hospital definida en la sección “Planes de pago” de esta política para determinar el pago mensual. Para obtener un listado completo de los proveedores de emergencia, consulte el Anexo A.

#### **CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA DESCUENTOS DE ASISTENCIA FINANCIERA**

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

- la categoría de elegibilidad del Paciente;
- el ingreso familiar del Paciente;
- los bienes monetarios de la familia del Paciente.

#### **Criterios de descuento de beneficencia completa**

El siguiente cuadro resume el criterio que se debe satisfacer para que un paciente califique para atención médica de beneficencia completa:

<b>CATEGORÍA DE ELEGIBILIDAD</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>BIENES</b>
Sin asegurar	<400 % NPF	<\$10,000
Asegurado con Altos costos médicos	<400 % NPF	<\$10,000

Todos los pacientes elegibles para la asistencia financiera conforme a esta política recibirán una beneficencia completa cuando el ingreso familiar del paciente sea igual o menor que el 400 % del Nivel de Pobreza Federal y sus bienes monetarios sean menores a \$10,000. Para calificar para este nivel de descuento, el paciente debe solicitar y presentar la documentación necesaria para la beneficencia completa conforme a esta política.

#### **Fechas de servicios incluidos en la solicitud**

Cuando el hospital determine que un paciente califica para la asistencia financiera, 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 presentaron 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, según su revisión, determinar que otros saldos de cuenta adeudados y preexistentes del paciente en el momento de la calificación se podrán elegir para su cancelación. En general, un paciente volverá a solicitar la elegibilidad de 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.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 7 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

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

PVHMC considera a aquellos pacientes que son elegibles para programas de asistencia de bajos ingresos financiados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid, Servicios Infantiles de California y cualquier otro programa de bajos ingresos local o estatal) como indigentes. Por consiguiente, dichos pacientes son elegibles conforme a la Política de asistencia financiera cuando el pago no se realiza mediante el programa gubernamental. Por ejemplo, los pacientes que califiquen para Medi-Cal/Medicaid, como así también para otros programas que cubren las necesidades de los pacientes con bajos ingresos (por ej., CHDP y CCS), donde el programa no hace los pagos para todos los servicios o días durante la estadía en el hospital, son elegibles para la cobertura del Programa de asistencia financiera, con limitación 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 los demás servicios negados provistos a los beneficiarios de Medicaid elegibles se informarán como “Cuidados sin compensación” a los fines del informe de costos sin necesitar una solicitud del PAF para cada paciente. Específicamente, se incluyen como Cuidados sin compensación los cargos relacionados con las estadías negadas, días de cuidado negados y servicios sin cobertura. Se clasificarán como Cuidado de beneficencia toda Solicitud de autorización de tratamientos (SAT) denegada y cualquier falta de pago por los servicios sin cobertura provistos a pacientes de Medi-Cal/Medicaid y demás pacientes cubiertos por programas de bajos ingresos que califiquen, y otras negativas (por ej., cobertura restringida).

El paciente NO es elegible para la asistencia financiera en la división de costos de Medi-Cal o los gastos de bolsillo de un paciente subsidiado o con descuentos determinados por Covered California o cualquier otro intercambio de seguros de gobiernos estatales o federales. Los gastos de bolsillo sin subsidios de un paciente pueden calificar para un descuento tal como se define en esta política.

**Otras circunstancias elegibles que califican para beneficencia: Deducibles de Medicare y negativas de coseguros**

Los pacientes cuya cobertura primaria sea Medicare y la cobertura secundaria sea Medi-Cal son elegibles para la asistencia financiera y pueden calificar para una beneficencia completa. El monto que califica para la beneficencia completa se limita al coseguro de Medicare y los montos deducibles sin reembolsar 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 un beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que sirva a las necesidades de atención médica de pacientes; o
- 2) el paciente califica de otra forma para la asistencia financiera conforme a esta política y sólo hasta la extensión de la cancelación provista en esta política.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 8 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**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 tienen los recursos para pagar sus facturas, se podrá considerar como elegible para Cuidado de beneficencia. Mantendremos en nuestros archivos del Cuidado de beneficencia la documentación de la incapacidad de pago de los servicios del paciente o el representante de la familia.

**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 criterios a continuación para identificar el cambio de estado de deuda incobrable a cuidado de beneficencia:

- 1) las cuentas de pacientes que no tienen seguros que se apliquen (incluidos programas de cobertura gubernamentales y demás pagadores terceros);
- 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) la puntuación y responsabilidad crediticias del paciente está dentro del 25 por ciento más bajo desde noviembre de 2007, la agencia secundaria de PVHMC ha determinado que la puntuación y responsabilidad crediticias 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 es incapaz de 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.

Todas las cuentas devueltas de una agencia de cobros para la reasignación de deuda incobrable a Cuidado de beneficencia serán evaluadas por el personal del hospital previo a cualquier reclasificación dentro del sistema contable y los registros del hospital.

**Descuento por pago en término**

Un paciente no es elegible para la asistencia financiera cuando el ingreso familiar del paciente supera el 400 % del Nivel de Pobreza Federal. En cambio, los pacientes sin asegurar califican para un descuento por pago en término que se aplicará a todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de emergencia necesarios provistos por PVHMC. El saldo descontado depende del tipo de servicio provisto:

- 1) Para los servicios ambulatorios, el saldo descontado representa el índice de cobro HMO/PPO comercial promedio en servicios ambulatorios, sin exceder los precios en efectivo establecidos.
- 2) Para los servicios hospitalarios, el saldo descontado representa el monto MediCal APR DRG en servicios de pediatría y obstetricia y el monto Medicare DRG para todos los servicios de hospitalización aguda, sin exceder los precios en efectivo establecidos.





<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	Página 9 de 17
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

El plazo estándar para un descuento de pago en término es de 30 días. Sin embargo, el precio se podrá negociar según las pautas de los Planes de pago a continuación.

### Planes de pago

Cuando el hospital ha realizado un descuento, el paciente tendrá la opción de pagar cualquiera o todos los montos debidos en un pago único o por medio de un plan de pagos programados.

El hospital discutirá las opciones de planes de pagos con cada paciente que solicite hacer arreglos para plazos de pago. Los planes de pagos individuales se negociarán entre el hospital y el paciente según la habilidad del paciente de satisfacer eficazmente los términos de pago. Como guía general, los planes de pagos se estructurarán para no durar más de 12 meses. El hospital negociará de buena fe con el paciente. Sin embargo, este no tiene la obligación de aceptar los términos de pago ofrecidos por el paciente. Si el paciente y el hospital son incapaces de llegar a un acuerdo sobre los términos de pago negociados, el hospital le ofrecerá al paciente el plan de pago por defecto. De acuerdo con el plan de pago por defecto, el pago mensual del paciente no excederá el 10 % del ingreso familiar del paciente de un mes, excluidas las deducciones de “gastos esenciales de vida” tal como se define anteriormente en el presente documento.

### Limitación de los cargos: Montos generalmente facturados (MGF)

Los pacientes que estén por debajo del 400 % del Nivel de Pobreza Federal actual, que cumplan todos los criterios de elegibilidad y calificación, no pagarán más que lo que regularmente pagaría Medicare (o MediCal APR DRG que se aplique tal como se define a continuación) por un servicio similar tal como se define en el método “Prospectivo”, según el Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés). Los reintegros MediCal APR DRG correspondientes se aplican a obstetricia, recién nacidos, cuidados intensivos neonatales y pediatría. Las tarifas de Medicare DRG y las tarifas respectivas para pacientes ambulatorios se aplican al resto de los servicios. El depósito cobrado a un paciente por servicios programados se limitará a los Montos generalmente facturados tal como se define en el presente documento. Cuando se determina que el paciente califica y es elegible para recibir asistencia financiera, el monto facturado al paciente se limitará al Monto generalmente facturado. Previo a la presentación de una solicitud para asistencia financiera, los montos facturados representarán los cargos totales facturados acordes con los cargos usuales y habituales del hospital.

### Esfuerzos de cobro

La oficina comercial del hospital es responsable por facturar los copagos, coseguros, deducibles, saldos no abonados por el garante del paciente y saldos cubiertos por un acuerdo de pago y cargos no cubiertos por el seguro. Los estados de cuenta del garante se enviarán por correo a la dirección del garante que tengamos registrada. Los saldos del garante se deben abonar dentro de los 30 días a partir de la fecha de la primera facturación al paciente.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 10 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

La oficina comercial enviará al garante un mínimo de tres ciclos de facturación. Se enviará una carta de cobro al garante si el saldo permanece impago después de tres ciclos de facturación.

Los saldos del garante se consideran impagos después de los 30 días a partir de la fecha de la primera facturación y se podrán remitir a una agencia de cobro después de 120 días a partir de la fecha de la primera facturación y después de que se envíe un mínimo de tres ciclos de facturación. El saldo del garante se podrá enviar a una agencia de cobros antes de estos plazos estándar si se determina que el paciente o el garante proporcionaron información de facturación o demográfica fraudulenta o incorrecta.

Los saldos del garante no se enviarán a una agencia de cobros si el garante hace todo lo posible por comunicarse con la oficina comercial y hace esfuerzos de buena fe por resolver el saldo pendiente de pago mediante, por ejemplo, la presentación de una solicitud de cobertura de seguro del gobierno, la solicitud de un descuento conforme a la Política de asistencia financiera del hospital, la presentación de pagos parciales regulares de un monto razonable o negociación de un plan de pagos con la oficina comercial.

Si el hospital utiliza los servicios de una agencia de cobros, deberá obtener un acuerdo por escrito que indique que la agencia cumplirá con los estándares del hospital y el alcance de la práctica.

Antes de comenzar con las actividades de cobro, el hospital entregará al paciente un aviso escrito claro y notorio con información relacionada con los derechos del paciente conforme a la legislación correspondiente, determinados derechos del paciente e información relacionada.

El hospital no se someterá a actividades de cobranza extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés), de manera directa o indirecta, mediante un comprador de deuda, agencia de cobros o cualquier otra parte respecto de la cual el establecimiento hospitalario ha referido la deuda individual relacionada con la obtención de pago de la atención cubierta por la Política de asistencia financiera del hospital, por ejemplo:

- 1) imposición de un gravamen sobre un bien de la persona.
- 2) ejecución hipotecaria de bienes inmuebles.
- 3) embargo o decomiso de la cuenta bancaria u otro bien mueble de la persona.
- 4) inicio de acciones civiles contra una persona.
- 5) orden de arresto individual o presentación de un escrito de orden de arresto por falta de comparecencia.
- 6) embargo del salario de la persona.

En el caso de un paciente que carece de cobertura o cuyos costos médicos son elevados, el hospital o el agente no presentarán información adversa a una agencia de informes crediticios ni iniciarán acciones civiles contra el paciente por falta de pago antes de los 150 días de la facturación inicial. Antes de autorizar alguna actividad de cobro extraordinario, el hospital se asegurará de que se envíe por correo una solicitud de asistencia financiera a la dirección actual del garante que brinde al garante no menos de 30 días antes para responder o informar a la oficina comercial acerca del interés por obtener asistencia financiera. El Director de Servicios financieros al paciente se

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 11 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

asegurará de que se tomen todas las medidas razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política antes de emprender actividades de cobro extraordinarias. Todos los esfuerzos de cobro se suspenderán mientras el garante participe activamente en el proceso de solicitud de asistencia financiera.

### **PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD Y PROCESO DE REVISIÓN**

#### **Solicitud única y unificada**

La solicitud de asistencia financiera ofrece la información necesaria para determinar si el paciente cumple con los requisitos 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 PVHMC. La solicitud de asistencia financiera se deberá completar tan pronto haya un indicio de que el paciente pueda necesitar asistencia financiera. El formulario de solicitud se podrá completar antes del servicio, durante la estadía de un paciente o después 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 los representantes de la familia para completar las solicitudes del programa, según sea necesario. Hay consejeros financieros, enlaces para servicios de elegibilidad y/o representantes de cuentas de pacientes para orientar por teléfono o en persona.

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

#### **Documentación necesaria**

Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de asistencia financiera 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 calificación del paciente para la cobertura del programa. La elegibilidad por sí sola no es un título de cobertura conforme al Programa de asistencia financiera de PVHMC. Para determinar la elegibilidad y maximizar la asistencia/el monto de descuento para el que califica, es necesaria la siguiente documentación, si corresponde:

- 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 de Seguro Social, SSI, discapacidad, desempleo, Ayuda general, manutención, etc.;
- 4) la última declaración de impuestos presentada con todos los programas requeridos para determinar los bienes que generan ingresos incluidos los bienes monetarios;
- 5) las declaraciones de los últimos dos meses de bancos, corretajes e inversiones;
- 6) copias del 1099 del año anterior de ingresos por intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 12 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**Una solicitud de asistencia financiera completa cuenta con:**

- la información necesaria para que el hospital determine si el paciente tiene los ingresos suficientes para pagar los servicios;
- documentación útil para determinar la calificación para la asistencia financiera; y
- registros de auditoría que documenten el compromiso del hospital para ofrecer asistencia financiera.

El hospital puede solicitar renuncias o descargos por parte 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 informes crediticios que tengan o mantengan los bienes monetarios, en un intento de verificar la información provista por el cliente en la solicitud de cuidado de beneficencia. La información obtenida conforme a este párrafo respecto de los bienes del paciente o de la familia del paciente no se utilizará para actividades de cobro.

**Motivos para la negativa de la asistencia**

El Programa de asistencia financiera de PVHMC depende de la cooperación de los pacientes individuales que puedan ser elegibles para una asistencia total. Se puede negar la asistencia financiera si hubo un error en la presentación de los documentos correspondientes necesarios.

El hospital puede negar la asistencia financiera por distintos motivos, entre otros:

- 1) si el paciente no es elegible para un cuidado de beneficencia completa según el monto de ingresos más los bienes monetarios;
- 2) el paciente no coopera o no responde y, de esta manera, no le permiten al hospital determinar la elegibilidad y calificación para recibir asistencia financiera;
- 3) el servicio provisto a un paciente de cuidado de beneficencia completa no se considera necesario en forma médica;
- 4) la solicitud está incompleta;
- 5) el saldo del paciente se debe a la retención por parte del hospital del pago de un seguro;
- 6) el saldo del paciente luego de que el seguro pague 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 una división de costos de Medicaid o un gasto de bolsillo relacionado con los medios probados o con una cobertura según los ingresos, como un plan de salud calificado subsidiado de Covered CA.

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 13 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

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

#### **Proceso de aprobación**

El paciente o el representante del paciente deberán presentar la solicitud de asistencia financiera y los documentos complementarios necesarios al departamento de Servicios financieros al paciente en PVHMC. Se deberá identificar en forma clara en las instrucciones de la solicitud la información del contacto del departamento de Servicios financieros al paciente.

PVHMC proveerá el personal capacitado para revisar las solicitudes de asistencia financiera en cuanto a cómo están completadas y su exactitud. Se completará la revisión de las solicitudes tan pronto como sea posible y teniendo en cuenta la necesidad del paciente de una respuesta oportuna. Tras recibir una solicitud de asistencia financiera 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 informe crediticio si hubiese un número de Seguro Social válido disponible.

La determinación de asistencia financiera la realizará sólo el personal de administración aprobado del hospital conforme al criterio de elegibilidad específico del paciente y el monto de asistencia financiera solicitado. La asistencia financiera no se ofrecerá de manera discriminatoria o arbitraria. El hospital retiene una discreción total, consistente con las leyes y regulaciones, para establecer el criterio de elegibilidad y determinar cuando un paciente presentó la evidencia suficiente de calificación para la asistencia financiera.

El miembro del hospital designado autorizado para aprobar las solicitudes de asistencia financiera tendrá en cuenta 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 al paciente
- Descuentos mayores que \$25,000: Director de Finanzas



<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 14 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

### Excepciones en la solicitud

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

- 1) el paciente no tiene un hogar;
- 2) el paciente es residente en 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 calificó para Medi-Cal sin una división de costos (SOC, por sus siglas en inglés) durante parte de su internación o posterior a su alta/visita (se necesita una prueba de elegibilidad); o
- 7) servicios no cubiertos o negados provistos a pacientes elegibles de Medi-Cal;
- 8) saldo del paciente después del pago de VOVC;
- 9) calificación del paciente para la financiación de Susan G. Komen; el subsidio de Susan G. Komen se registrará como un ingreso no operativo (904050).

### 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 escrita debe contener una explicación completa de la disputa y de los motivos del paciente para pedir la reconsideración. Se debe adjuntar toda la documentación adicional relevante para respaldar el reclamo del paciente a la apelación escrita.

El Director de Servicios financieros al paciente revisará todas las apelaciones. El director considerará todas las declaraciones de disputa entregadas por escrito y toda la documentación adjunta. Tras completar la revisión del reclamo del paciente, el director deberá ofrecer 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 del paciente, el paciente puede solicitar por escrito una revisión al Director de Finanzas. El Director de Finanzas deberá revisar la apelación escrita y la documentación del paciente, como así

<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 15 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

también los hallazgos del Director de Servicios financieros al paciente. El Director de Finanzas deberá tomar una determinación y ofrecer una explicación por escrito de sus hallazgos al paciente. Todas las determinaciones del Director de Finanzas serán finales. No se aceptarán apelaciones posteriores.

### **INFORMES Y FACTURACIÓN:**

#### **Estados de cuenta**

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) la declaración de los cargos por los servicios prestados por el hospital.
- (2) una solicitud para que el paciente informe al hospital si el paciente 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 la 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 la 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 solicita un descuento sobre el precio o cuidados de beneficencia, entonces 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 ingresado o a los pacientes que reciban cuidados de emergencia o ambulatorios. El hospital también ofrecerá a los pacientes un referido a un centro de asistencia al consumidor local en oficinas de servicios legales.
- (5) información sobre el paciente que califique financieramente y a la solicitud de cuidado de beneficencia, incluido lo siguiente:
  - (A) una declaración que indique que si el paciente no tiene seguro o tiene seguro inadecuado y cumple con determinados requisitos de ingresos bajos y moderados, el paciente podrá calificar para pago con descuento o cuidado de beneficencia.
  - (B) el nombre y número de teléfono de un empleado u oficina del hospital donde el paciente podrá obtener información acerca de las políticas de pago con descuento y el cuidado de beneficencia del hospital, y cómo solicitar esa asistencia.
  - (C) si el paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, asistencia de 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.



<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 16 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

### **Aviso público**

PVHMC deberá publicar avisos informando al público sobre el Programa de asistencia financiera. 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 de servicios ambulatorios, o en otras áreas de espera de pacientes comunes del hospital. También se deberán publicar los avisos en cualquier otra ubicación donde el paciente pueda abonar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre la asistencia financiera como así también dónde solicitar dicha asistencia.

Estos avisos se deberán publicar 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 anuncia lo siguiente:

*Pomona Valley Hospital Medical Center proporciona asistencia financiera a nuestros pacientes que califican. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios de elegibilidad al 909-630-7720 para hablar con un representante para obtener más información.*

### **Acceso a la Política de asistencia financiera**

En el sitio web del hospital hay una copia de esta Política de asistencia financiera y un resumen en lenguaje simple. La impresión de la política estará disponible al público, si la solicita, en el edificio principal del hospital o por correo.

### **Informe OSHPD**

PVHMC informará el Cuidado de beneficencia ofrecido de conformidad con los requisitos reglamentarios de la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (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 correspondientes, el hospital conservará la documentación escrita concerniente al criterio del Cuidado de beneficencia; 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 la OSHPD aprobadas por la Oficina de Leyes Administrativas (Office of Administrative Law) el 8 de agosto de 2007 (Título 22, Artículos 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 asistencia financiera a la OSHPD al menos una vez cada dos años para el 1.º de enero, a partir del 1.º de enero de 2008, o cuando sea que se realice un cambio importante en la política.



<b>Nombre de la política:</b> Política del Programa de asistencia financiera al paciente		<b>N.º de la política:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Manual:</b> Política de todo el hospital	<b>Página 17 de 17</b>
<b>Fecha de creación:</b> 31/12/2007	<b>Fecha de revisión:</b> 01/07/2017	<b>Fecha de modificación:</b> 1/5/2018

**PROVISIONES GENERALES:**

**Igualdad de oportunidades**

El hospital se compromete a mantener las múltiples leyes federales y estatales que descartan la discriminación sobre la base 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.

**Confidencialidad**

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es un tema sensible y profundamente personal de los beneficiados. La confidencialidad en las solicitudes, la información y los fondos se mantendrá para todos los que busquen o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección de aquellos encargados que implementará esta política se deben guiar por estos valores. El personal involucrado en las actividades de cobro no deberá revisar la documentación del Cuidado de beneficencia ni acceder a esta.

**Buena fe**

PVHMC realiza acuerdos para la asistencia financiera de los pacientes calificados de buena fe y depende del hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia sea completa y exacta.

La provisión de asistencia financiera 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 PVHMC.

**Pomona Valley Hospital Medical Center  
Financial Assistance Policy - Addendum A  
List of Emergency Room Providers  
Updated: December 27, 2017**

<b>Physician/Physician Group</b>	<b>Made Payable to (Billing Agent)</b>	<b>Specialty</b>
California Emergency Physicians (CEP)	California Emergency Physicians (Med America Billing Services)	Emergency Medicine
Pomona Valley Imaging Medical Group (PVIMG)	PVIMG	Radiology
Inland Valley Anesthesia	Inland Valley Anesthesia	Anesthesiology
PV Clinical Lab Medical Group	PV Clinical Lab Medical Group (APS Billing)	Pathology
Michael Consolo, DO	Michael Consolo, MD	Urology
Adam Hickerson, MD	Adam Hickerson, MD	Urology
Aaron Nguyen, MD	Aaron Nguyen, MD	Urology
Elmer Pineda, MD	Elmer Pineda, MD	Urology
Christopher Tsai, MD	Christopher Tsai, MD	Urology
Vinod Garg, MD	Vinod Garg, MD	Vascular Surgery
Christopher Marrocco, MD	Vascular & Thoracic Associates of Los Angeles	Vascular Surgery
Shahin Pourrabbani, MD	Vascular & Thoracic Associates of Los Angeles	Vascular Surgery
Morteza Sajadian, MD	Pars Medical Inc.	Vascular Surgery
Mark Barak, MD	Mark Barak, MD	Ophthalmology
Jeffrey Huang, DO	Jeffrey Huang, MD	Ophthalmology
Ayaz Khan, DO	Ayaz Khan, MD	Ophthalmology
Anshul Varshney, MD	Anshul Varshney	Ophthalmology
Lance Siegel, MD	Lance Siegel, MD	Pediatric Ophthalmology
Sam Arasoghli, MD	Sam Arasoghli, MD	Otolaryngology
Stuart McCarthy, MD	Stuart McCarthy, MD	Otolaryngology
Natee Poopat, MD	Natee Poopat, MD	Otolaryngology

**Pomona Valley Hospital Medical Center  
Financial Assistance Policy - Addendum A  
List of Emergency Room Providers  
Updated: December 27, 2017**

Tyson Shih, MD	Tyson Shih, MD	Otolaryngology
Walter Stevens, MD	Walter Stevens, MD	Otolaryngology
Lew Disney, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
Scott Lederhaus, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
Siraj Gibani, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
Jose Rodriguez, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
Aaron Cutler, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
Ramin Amirnovin, MD	Inland Neurosurgery Institute	Neurosurgery
<b>On-Call Physician</b>	<b>Made Payable to</b>	<b>Specialty</b>
Sharyn Brekhus, MD	Sharyn Brekhus, MD	Neurosurgery
Yvette Marquez, MD	Chaparral Medical Group	Neurosurgery
Srinath Samudrala, MD	Srinath Samudrala, MD	Neurosurgery
Kenneth Lee, MD	Kenneth Lee MD & Assoc., Inc	Gastroenterology
Krishan Malhotra, MD	Krishan Malhotra, MD	Gastroenterology
Nischita Merla, MD	Merla Nischita	Gastroenterology
Dwaraknath Reddy, MD	Dwaraknath Reddy, MD	Gastroenterology
Jason Shin, MD	Jason Shin, MD	Gastroenterology
Bhupat Desai, MD	Bhupat Desai, MD	Neurology Stroke
Sadiq Altamimi, MD	The Neurology Medical Group, Inc.	Neurology Stroke
Mukhtair Kundi, MD	Mukhtair Kundi, MD	Neurology Stroke
Adeel Popalzai, DO	Adeel Popalzai, MD	Neurology Stroke
Faisal Qazi, DO	Faisal Qazi, MD	Neurology Stroke
Kelvin Ma, MD	The Neurology Group, Inc.	Neurology Stroke
Sundeep Adusumalli, MD	Chaparral Medical Group	Cardiology
Muthusamy Muthiah, MD	Muthusamy Muthiah, MD	Cardiology

**Pomona Valley Hospital Medical Center  
 Financial Assistance Policy - Addendum A  
 List of Emergency Room Providers  
 Updated: December 27, 2017**

Gaurav Parikh, MD	Chaparral Medical Group	Cardiology
Jayapal Reddy, MD	Jayapal Reddy, MD	Cardiology
Rama Thumati, MD	Rama Thumati, MD	Cardiology
Nitanth Vangala, MD	Chaparral Medical Group	Cardiology
Sarika Jain, MD	Chaparral Medical Group	Cardiac Surgery
Guangqiang Gao, MD	Chaparral Medical Group	Cardiac Surgery