

Başlık/Açıklama: **HAYIR KURUMU BAKIM PLANI -
MALİ DESTEK\POLİTİKA**

Politika Kılavuzu #**108.000**
Revize Edildiği Tarih: 2/9/07,
2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16,
8/28/17, 9/25/17; 5/01/18;
5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21

Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16,
8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;
5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22

POLİTİKA BEYANI

Cleveland Clinic Mercy Hastanesi'nin misyonuna ve geleneklerine uygun olarak, hizmetler için sınırlı ödeme kaynağı olan veya hiç olmayanlar da dâhil olmak üzere hizmetlerimizi isteyen herkese saygı ve şefkat gösterilecektir. Cleveland Clinic Mercy Hastanesi ödeme veya ilgili mali yükümlülükleri karşılama kapasitesine bakılmaksızın insanlara hizmet sunmayı taahhüt eder.

AMAÇ

1. Sağlık hizmeti sağlama misyonunu geliştirmek ve sigortasız hastaların, aldıkları hizmetler için ödeme yapma kapasitelerine bakılmaksızın tedavileri sırasında ve sonrasında adil, saygılı ve şefkatli bir şekilde tedavi edilmesini sağlamak.
2. Medicare, Medicare Disability, Medicaid, Healthcare Assurance Program (HCAP), Federal Insurance Market Place ve mevcut olabilecek diğer yardımcı programlar gibi yerel, eyalet ve federal sağlık hizmetleri programlarını anlama ve bunlara başvurma konusunda yardım dâhil olmak üzere, sigortasız ve eksik sigortalı olanlara mali danışmanlık sağlamak.
3. Sigortasızların ve uygun eksik sigortalıların yönetimli bakım programı ödeme kuruluşları tarafından yaygın biçimde alınanlara eşdeğer olan önemli ölçüde indirimli hizmetleri almalarına yönelik uygunluk için nitelikleri açıklamak ve uygun olanların mevcut seçenekleri kapsamlı biçimde anlamalarına dayalı olarak bilgilendirilmiş karar alma pozisyonunda olmalarını sağlamak için eğitim vermek. Genel olarak faturalandırılan tutar, hizmetlerde indirim yapmak için kullanılacaktır. Geriye Bakma Yöntemi kullanılacaktır. Genel olarak faturalandırılan tutar %67,9'dur. Hesaplama, Medicare ve özel ödeme sigortasının beklenen geri ödemesine dayanmaktadır.
4. Mali Yardım Politikası hastane web sitesinde duyurulacak ve yardım için nasıl başvurulacağına ilişkin bilgiler hasta bildirimlerinde yer alacaktır. Hasta Karşılama personeli, tüm hastalara anlaşılır Metin Özeti sunacaktır.
5. Hastanın ödeme yapma yeteneğine dayalı olarak makul, faizsiz ödeme mekanizmaları oluşturmak.
6. Makul ödeme mekanizmaları oluşturmak için bu, banka kartı (banka kartı) seçeneklerini, banka kredisi seçeneklerini ve bireyin acil ve uzun vadeli yararına uyacak diğer mevcut araçları içerebilir.
7. Milli Gelirler Kanunu Bölüm 501 (r) gerekliliklerine uyumu sürdürmek.

POLİTİKA

Hastalar, sadece sigorta teminatı, kamu yardımı, Medicare, Bureau of Children with Medical Handicaps (Tıbbi Engelleri olan Çocuk Bürosu), Victims of Crime (Suç Mağdurları), Hospital Motor Vehicle Claims Program (Hastane Motorlu Araç Hasar Talep Programı) veya herhangi bir mali kaynak gibi hastanın bakımını finanse etmenin tüm diğer yöntemleri kullanıldıktan sonra yardım alacaklardır. Bir hayır kurumu düzenlemesi, ödemesini kişisel olarak yapan gerçek bir hasta içindir. Sigorta sonrası bakiye hayır amaçlı bir gider olarak dikkate alınmayacaktır.

Hayır amaçlı yardım talep eden veya bu tür bir yardıma ihtiyacı olacağını düşünen hastalar, Hasta Hesaplarında bir müşteri hizmetleri temsilcisine veya mali danışmana sevk edilecektir. Bir mali tablo (Hasta Hesaplarında tutulur), doldurulmak ve gelir ve gider kanıtı ile iade edilmek üzere yasal olarak sorumlu kişiye gönderilecektir. Elde edilen bilgiler incelenecek ve bu tarihte nihai hayır amaçlı yardım kararı verilecektir. Hastane, ilk takip

Başlık/Açıklama: **HAYIR KURUMU BAKIM PLANI -**

MALİ DESTEK\POLİTİKA

Politika Kılavuzu #**108.000**

Revize Edildiği Tarih: 2/9/07,
2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16,
8/28/17, 9/25/17; 5/01/18;
5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21

Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16,
8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;
5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22

bildirimi tarihinden itibaren üç yıla kadar HCAP hizmet başvurularını kabul edecektir. Bu, hizmet tarihinden itibaren yaklaşık üç yıl 30 gün olacaktır.

Nihai onay, Yönetici ve/veya Hasta Hesaplarındaki uygun Yönetici tarafından verilir.

Hastane, hasta bildiriminden sonra ve hastanın hizmet alanımız dışında kabul edilen bir alanda ikamet etmesi halinde panel dışı, acil olmayan bakımı reddedebilir.

Hasta Hesapları Direktörü veya Yöneticisi, hayır amaçlı yardım sağlama sorumluluğuna ve yetkisine sahiptir. Hayır Amaçlı Bakım Planı ve toplam hayır amaçlı düzenleme istisnaları, Hasta Hesapları Direktörünün imzalı onayını gerektirir. İstisnalar duruma göre müzakere edilecek olan teklife dayalı bakiye düşürmelerini içerebilir.

PROSEDÜR

1. Hayır amaçlı bakım, yalnızca acil bakım sağlayan veya tıbbi açıdan gerekli olduğu belirlenen hizmetler için, Medicaid/Medicare tanımları kılavuz olarak kullanılarak geçerli olacaktır. Bu politika için acil bakım hastanın sağlığını ciddi tehlikeye sokmayı, vücut fonksiyonlarında ciddi bozulmayı veya organlarda veya vücut kısımlarında ciddi işlev bozukluğunu önlemek için gerekli olan acil bakımı temsil eder. Tıbben gerekli ifadesi, hayati tehlike yaratan, kişinin acı çekmesine veya ağrı duymasına neden olan, fiziksel deformite veya kusurlara ve engele yol açan ya da engellilik durumunu ağırlaştırma veya genel bir hastalık durumuna yol açma riski taşıyan rahatsızlıklar için tanı konulması, bunların hafifletilmesi, düzeltilmesi, tedavi edilmesi veya başlangıcının ya da kötüleşmesinin önlenmesi için bir hastaya ayakta ya da hastaneye yatırma yoluyla sunulan hizmetler veya bakım anlamına gelir. **Uygun bireylerden acil durum veya tıbben gerekli bakım için genel olarak faturalandırılan miktardan daha fazla ücret talep edilemez.**
2. Hizmetler programlandığında, hizmetler için sunum sırasında ve/veya kapsam belirleme yapıldığında ve belirlendiğinde (ABN gereklilikleri ve Medicare için MSP gereklilikleri kapsamında ön tarama dâhil), hastanın potansiyel veya hesaplanan mali yükümlülüğüne ilişkin bir tespit yapılacaktır. Sorumluluk: Programlama, Kayıt, Mali Danışman.
3. Her hastanın sigortaya uygunluğu giriş noktasında veya giriş noktasından önce uygunluk yazılımı ile doğrulanacak ve onaylanacak ve tüm planlı hastaneye kabuller, aynı gün ameliyat ve acil servis için zamanında, verimli ve etkili bir şekilde mali danışmanın ofisine iletilecektir. Sorumluluk: Programlama, Kayıt
4. Mali danışman, hastanın tüm sigorta kapsamına yönelik kaynaklar için uygunluğu hakkında bilgi edinecektir (uygunluk yazılımı ve diğer kaynaklardan (yani avukat, polis raporu) biriyle ya da her ikisiyle). Sorumluluk: Mali Danışman
5. Mali danışman aşağıdakileri tarayacaktır:
 - ♦ Yükümlülüklerini yerine getirebilme
 - ♦ Ödeme düzenlemelerini tartışın ve kesinleştirin
 - ♦ Mevcut seçenekleri hastaya/aileye iletmek ve onları program gereklilikleri konusunda eğitmek
 - ♦ Ödeme düzenlemelerini bireyin mali yeteneklerine uygun şekilde sonuçlandırın veya eğer bu özelliklere sahip değilse Medicaid veya Healthcare Assurance Plan (HCAP) programları kapsamında uygunluğu teyit edin.
 - ♦ Yardım programını hastaya/aileye iletin, mevcut seçenekler hakkında onları eğitin, başvuru formunu doldurmalarına yardımcı olun ve uygun şekilde yardım programı kullanım şartlarını tamamlayın.

Başlık/Açıklama: **HAYIR KURUMU BAKIM PLANI -**

MALİ DESTEK\POLİTİKA

Politika Kılavuzu #108.000

Revize Edildiği Tarih: 2/9/07,
2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16,
8/28/17, 9/25/17; 5/01/18;
5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21

Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16,
8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;
5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22

- ♦ Hastanın yazılı olarak kabulünün teyidini sonuçlandırın ve tarama ve sözleşmeye ilişkin diğer tüm geçerli belgelerle birlikte teyit belgesini görüntüleme sistemine tarayın. Sorumluluk: Mali Danışman

NOT: Mali danışman, düzenlemeler sonuçlandırılana veya hastanın TEK BİR İLETİŞİM KİŞİSİ/NOKTASINA sahip olmasını sağlamak için hastanın uyumsuz olabileceğine dair bir tespit yapılabileceği kadar bu süreç için münhasır sorumluluk üstlenecektir. Bunun amacı, hastanın bir referans noktasına sahip olmasını ve hastaya bir rahatlık düzeyi sağlanmasının yanı sıra kişisel ilişkilerinin gizliliğinin korunduğunu hissetmesini sağlamaktır. Hasta Medicaid başvuru sürecine yardımcı olmak için bir kurum tarafından temsil ediliyorsa, o kurumun temsilcisi irtibat kişisi olacaktır.

NOT: Hayır amaçlı hizmetlere ilişkin tüm kararlar, mali durum değişmedikçe geçerlidir. Mali durumlarında değişiklik olan bireyler, 330-489-1145 numaralı telefonu arayarak bir Mali Danışman tarafından yeniden değerlendirilmelidir.

Hastalar, 330-580-4739 numaralı telefonu arayarak ve Mali Danışmanla konuşarak yardım için başvurabilir. Mevcut programlar hakkında daha fazla bilgi veya konuların bir listesini <https://my.clevelandclinic.org/locations/mercy-hospital> adresinden veya 330-489-7150 numaralı telefondan edinebilirsiniz. Hastalar ayrıca Cleveland Clinic Mercy Hospital 1320 Mercy Dr. N.W. Canton, Ohio'da Mali Danışman ile görüşebilir.

Uygunluk veya size sunulabilecek programlar hakkında bilgi almak, FAP'ın bir kopyasını talep etmek, FAP başvuru formunun size gönderilmesini istemek veya FAP'a veya FAP başvuru formunun bir kopyasına ihtiyacınız varsa bunu bildirmek için 330-489-1145 numaralı telefondan İş Ofisimizle iletişime geçin. FAP, FAP başvuru formunun tam açıklaması www.clevelandclinic.org/financialassistance adresinde bulunabilir. FAP, FAP başvuru formumuzun basılı bir kopyası Hasta Hesapları ofisinde 1320 Mercy Drive NW, Canton, OH 44708 adresinde bulunan tesisimizden edinilebilir.

6. Faturalandırma ve Mali Destek Uygunluğunun Belirlenmesi için Makul Çaba

Cleveland Clinic Mercy Hastanesi, bir hastanın bu Politika kapsamında destek almaya uygun olup olmadığını hastaneye yatırma veya hizmet sunma öncesinde ya da sırasında tespit etmeye çalışır. Bir hastanın taburculuk veya hizmet öncesinde mali desteğe uygunluğu tespit edilmediyse, Cleveland Clinic Mercy Hastanesi bakımı faturalandıracaktır. Hastanın sigortalı olması durumunda, Cleveland Clinic Mercy Hastanesi, oluşan ücretleri hastanın kayıtlarında belirtilen sigorta şirketine faturalandıracaktır. Hastanın sigorta şirketi tarafından ödenen kısım düşüldükten sonra hastanın kalan yükümlülüğüne karşılık gelen tutar doğrudan hastaya faturalandırılacaktır. Hastanın sigortalı olmaması durumunda, Cleveland Clinic Mercy Hastanesi oluşan ücretleri doğrudan hastaya faturalandıracaktır. Hastalar, hastanın taburcu edilmesi sonrasında başlayan 120 günlük bir dönem boyunca en fazla dört faturalandırma beyanı alacak ve bunlar hastanın kayıtlardaki adresine gönderilecektir. Yalnızca ödenmemiş bakiyesi bulunan hastalara faturalandırma beyanı gönderilecektir. Faturalandırma beyanları, bu Politika ve mali destek başvurusunda bulunma hakkında bilgiler içeren Sade Dille Yazılmış bir politika özetini içerecektir. Cleveland Clinic Mercy Hastanesi de proaktif olarak bu Politika kapsamında gelir bazlı mali yardım almaya uygun hastaları belirlemeye çalışacaktır. Uygunluğun tespiti için makul çabalar şunları içerecektir: hastanın hastaneye yatış sonrasında ve hastanın faturası ile ilgili olarak hastayla yapılan sözlü ve yazılı iletişimlerde Cleveland Clinic Mercy Hastanesi tarafından bilgilendirilmesi, herhangi bir dava açılmadan en az 30 gün önce kişinin Politika ve destek başvurusunda bulunma süreci konusunda bilgilendirilmesi için telefonla iletişim kurma denemesi ve ödenmeyen bakiye ile ilgili olarak ilk faturalandırma beyanını takip eden 240 gün içinde ya da daha sonra Cleveland Kliniği adına çalışan tahsilat kurumunun ödenmeyen bakiyeyi Kliniğe iade ettiği tarihte bu Politika kapsamında gönderilen Mali Destek Başvurusuna yazılı bir yanıt verilmesi.

7. Ödenmeyen Bakiyeler için Tahsilat Eylemleri

Başlık/Açıklama: **HAYIR KURUMU BAKIM PLANI -**

MALİ DESTEK\POLİTİKA

Politika Kılavuzu #**108.000**

Revize Edildiği Tarih: 2/9/07,
2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16,
8/28/17, 9/25/17; 5/01/18;
5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21

Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16,
8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;
5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22

Bir hastanın Cleveland Clinic Mercy Hastanesi'ne 120 günlük dönem içerisinde gönderilen en fazla dört faturalandırma beyanı sonrasında da borcu varsa, hastanın bakiyesi Cleveland Clinic Mercy Hastanesi'ni temsil eden ve ödemeyi alma yönünde çalışacak olan bir tahsilat kurumuna devredilecektir. Cleveland Clinic Mercy Hastanesi ve tahsilat kurumları kredi ofislerine bildirimde bulunmaz ya da maaşa haciz koydurma veya benzer tahsilat eylemlerinde bulunmaz. Cleveland Clinic Mercy Hastanesi'ni temsil eden tahsilat kurumları, bakiyenin tahsilat kurumuna gönderildiği tarihten itibaren 18 aya kadar süreyle tahsilatı alma yönünde çalışabilecektir. Bir hasta, hastanın ödenmemiş bakiyesi bir tahsilat kurumuna devredildikten sonra dahi, bu Politika kapsamında mali destek başvurusunda bulunabilir. Ödenmemiş bakiyeyi gösteren ilk taburculuk sonrası faturalandırma beyanının üzerinden en az 120 gün geçtikten sonra ve vakaya göre belirlenecek şekilde, Cleveland Clinic Mercy Hastanesi bir hastanın ödenmemiş bakiyesi olduğunda ve hasta Cleveland Clinic Mercy Hastanesi'nin ya da Cleveland Clinic Mercy Hastanesi adına çalışan bir tahsilat kurumunun yönelttiği bilgi verme veya ödeme yapma taleplerinde iş birliğine açık bir tutum sergilemediğinde, Cleveland Clinic Mercy Hastanesi dava yoluyla tahsilat yapma girişiminde bulunabilir.

- GAAP'ye göre uygun iç kontrolü sağlamak için, AR bakiyelerini etkileyen hasta muhasebe işlemlerine güvenlik erişimi, faturalandırma veya toplama işlemlerinden doğrudan veya dolaylı olarak sorumlu olmayan çalışanlarla sınırlı olacaktır. Hesap bakiyelerini etkileyen ayarlamalar veya düzeltmeler, kayıt yapılmadan önce uygun yetkiye sahip olmalıdır. Her talep için aşağıdaki yetkilendirme düzeyleri gereklidir:

<u>Yetki Düzeyi</u>	<u>Tutarı</u>
Yönetici	3.000,00\$ üzerindeki işlemler için gerekli
Direktör	10.000,00\$ veya daha fazla işlem için gerekli
Finans Direktörü	20.000,00\$ veya daha fazla işlem için gerekli

HASTANE BAKIM GÜVENCE PROGRAMI (HCAP)

Hastane hizmetleri, temel tıbbi ve gerekli hastane hizmetlerine ihtiyaç duyan, Ohio Eyaletinde ikamet eden, Medicaid Programını almayan ve geliri Federal yoksulluk sınırında veya sınırın altında olan hastalara ücretsiz olarak sağlanır.

- Hastayı kişisel olarak ödenecek bakiye konusunda bilgilendiren tüm ifadeler, Ohio Eyaleti Revize Edilmiş Kanununun 5112.17 Bölümü uyarınca gereken bildirimleri içerecektir.
- Bir hastanın HCAP'ye uygun olup olmadığı belirlenirken, son 12 ay veya son üç aylık gelirin dört katı meblağı içeren bir kanıt ile bir mali tablo doldurulacaktır. Giderler ve varlıklar HCAP tespitinde kullanılmaz. Bir aile Ohio Yönetmelikleri tarafından tanımlanacaktır.
- Mali tablo, uygunluğu belirlemek için Hasta Hesapları tarafından incelenecektir. İnceleme sırasında, hesaplar aşağıdaki programlar aracılığıyla Medicaid için taranacaktır: Bakmakla Yükümlü Olunan Çocuklu Ailelere Yardım, Bakmakla Yükümlü Olunan Çocuklu Ailelere Yardım-Sağlıklı Başlangıç veya Medicaid Disability. Hasta bu programlardan biri için uygunluk kriterlerini karşılamıyorsa, Hospital Care Assurance Program (Hastane Bakım Güvence Programı) aracılığıyla hasta ücretsiz bakım başvurusunda bulunabilir.
- Hasta Engellilik Yardım Programı altında bir İl İnsan Kaynakları Bölümü tarafından kapsam altına alınmışsa, hasta Revize Edilmiş Yasanın 5112.17 Bölümü uyarınca ücretsiz olarak hizmet alacaktır. Engellilik yardımı uygunluğu kanıtı, üç yıl boyunca veya gözden geçirmeyi takip eden 180 güne kadar saklanacaktır. Bu kanıt, hastanın kartının veya elektronik doğrulama çıktısının kopyasından oluşacaktır.
- HCAP altında silinen tüm hesapların kayıtları tutulacaktır. Bu bilgiler yıllık olarak ODHS 2929 Hizmet Özet Sayfasında bildirilecektir.

Başlık/Açıklama: HAYIR KURUMU BAKIM PLANI - MALİ DESTEK\POLİTİKA	Politika Kılavuzu # 108.000 Revize Edildiği Tarih: 2/9/07, 2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17, 9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21 Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16, 8/28/17, 10/25/17, 5/01/18; 5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22
---	--

6. Bu karar, hizmet sırasında yürürlükte olan Federal Yoksulluk Kurallarına dayanacaktır.

AYAKTA TEDAVİ KLİNİĞİ

Ambulatuvar Bakım Kliniğinin tüm hastaları bir mali tablo dolduracaktır. Hastanın bakımını finanse etmek için diğer tüm yöntemler kullanıldıktan sonra, azalan ücretler kayar ölçek veya hizmetler temelinde ücretsiz olarak belirlenecektir.

PROFESYONEL ECZANE

Ambulatuvar Bakım Kliniğinde indirimli ücretlere hak kazanan tüm hastalar, reçete başına yalnızca belirlenen ortak ödemeyi ödeyecektir. Reçeteler, Ambulatuvar Bakım Kliniğinin servis sırasında kullanılmamasına bağlı olarak Ambulatuvar Bakım Kliniğinden veya bağlı Tıbbi Merkez servis alanlarından gelmelidir.

MALİ DANIŞMANLIK

Harcamaların aşırı olduğunun düşünüldüğü durumlarda, Tüketici Kredisi Danışmanlık Hizmetleri kullanılabilir. Tüketici Kredisi Danışmanlığı, bu hizmete ihtiyaç duyan hastalarımıza ücretsiz olarak tüketiciye bütçeleme, danışmanlık ve yapılandırılmış bir geri ödeme planı sağlayacak bir kuruluştur.

BELGE SAKLAMA:

Mali Yardım başvurusu, gelir kanıtı ve diğer ilgili bilgiler, hastanenin çevrimiçi görüntüleme sistemi üzerinden hasta adı ve hesap numarası ile elektronik olarak saklanacaktır.

TANIMLAR

Sigortasız Uygun Hastalar – Herhangi bir üçüncü taraf ödeme programına katılmaya uygun olmayan ve geliri Federal Yoksulluk Kurallarının %100’ü olan bireyler.

Eksik Sigortalı Uygun Hastalar – Üçüncü taraf ödeme programına uygun olan ancak tıbben gerekli/acil durum hizmetleri sigortacıları tarafından kapsanmayan veya hastanın yükümlülüğü bu tür hizmetler için ödeme yapma yeteneklerini açacak şekilde sigorta kapsamı sınırlı olan ve Federal Yoksulluk Kurallarının %100’ünden fazla geliri olan bireyler.

Sigortasız Uygun Olmayan Hastalar – Herhangi bir üçüncü taraf ödeme programına katılmaya uygun olmayan ve geliri Federal Yoksulluk Kurallarının %250’sinden fazla olan bireyler.

İndirim – Uygulanacak normal faturalandırılmış ücretlerden yüzdesel olarak azaltma:

Sigortasız/Eksik Sigortalı Kayar Ölçek İndirimi ve Ödeme Tablosu

<u>Federal Yoksulluk Seviyesi</u>	<u>Ücretlerde % İndirim</u>
Yoksulluk seviyesinin %100’ünde veya altında	% 100 indirim
Yoksulluk seviyesinin %101’i ila %250’si	% 100 indirim

Başlık/Açıklama: **HAYIR KURUMU BAKIM PLANI -**

MALİ DESTEK\POLİTİKA

Politika Kılavuzu **#108.000**

Revize Edildiği Tarih: 2/9/07,
2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16,
8/28/17, 9/25/17; 5/01/18;
5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21

Yürürlük Tarihi: 5/13/13, 2/1/16,
8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;
5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22

Ek

Bakım sağlamak için aşağıdaki sağlayıcılar kullanılabilir. Doktor gruplarının kendilerine ait hayırseverlik politikaları bulunur.

- Stark County Emergency Physicians
- Modern Path
- Cleveland Clinic Bölgesel Radyoloji
- Sound Physicians (Hospitalist Group)
- Dental Services

Onaylayan:

Dr. Timothy Crone, Başkan