



ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
Políticas y procedimientos administrativos

Política n.º 110.28 Edición 11
Página 1 de 17

SECCIÓN: ADMINISTRACIÓN

SUBSECCIÓN: OPERACIONES

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARA PACIENTES

APROBADO POR: Director ejecutivo

PROPÓSITO

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad para recibir atención de beneficencia y detallar el proceso que usa Arrowhead Regional Medical Center para determinar si un paciente es elegible.

POLÍTICA

Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) se compromete a brindar atención médica de calidad a la comunidad y a ayudar a las personas que no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para los programas gubernamentales o el California Health Benefit Exchange y no pueden pagar la atención médica necesaria según su situación financiera personal. ARMC se esfuerza por garantizar que las personas que necesitan servicios de atención de la salud no se vean impedidas de recibirlos debido a su situación económica. Se espera que los pacientes que desean recibir atención de beneficencia de ARMC cumplan con esta política.

Los médicos de urgencias (según se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad), que brindan servicios médicos de urgencia en un hospital que provee atención de urgencia, también están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en el 400% o por debajo del nivel federal de pobreza (FPL). Esta declaración no se interpretará como la imposición de responsabilidades adicionales al hospital.

Es política de ARMC proporcionar a los pacientes información escrita y comprensible sobre su programa de atención de beneficencia y brindar asistencia financiera a los pacientes elegibles para servicios médicamente necesarios.

El programa de atención de beneficencia proporciona servicios médicamente necesarios gratuitos a las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad del hospital para la atención de beneficencia, según lo establecido en esta política. La atención de beneficencia puede incluir coseguros, deducibles, parte de los costos y saldos pendientes de pago por servicios de atención de la salud adeudados si el paciente satisface los criterios de cumplimiento de los requisitos del hospital.

No se denegará atención ni servicios a los pacientes por no poder pagar. No se les pedirá a los pacientes que paguen los servicios por adelantado ni que paguen un depósito para programar una cita para obtener servicios de atención de la salud en ARMC, a menos que esto sea exigible por ley o contrato (como cuando se determina por ley o contrato que un copago debe pagarse por adelantado).

TIPO DE SERVICIOS CUBIERTOS

El programa de atención de beneficencia que se abarca en esta política cubre todos los servicios que reúnen los requisitos, incluidos servicios hospitalarios médicamente necesarios, servicios profesionales proporcionados por proveedores con contrato con ARMC, servicios educativos y servicios de diagnóstico prestados en todos los centros operados por ARMC (incluidos el hospital y sus clínicas).

PROCEDIMIENTOS

I. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- A. Un paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia si se adhiere a lo establecido en esta política y cumple las dos condiciones siguientes:
 1. No tiene seguro, tiene un seguro insuficiente o tiene costos médicos elevados (cada uno de ellos es un “paciente que reúne los requisitos”).
 2. Sus ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- B. Los activos monetarios no se tienen en cuenta a la hora de determinar el cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia.
- C. La determinación de los ingresos familiares del paciente se realiza de acuerdo con el FPL vigente en el momento de la determinación del cumplimiento de los requisitos.
- D. La aprobación de la atención de beneficencia no tiene en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa del paciente, ni ninguna otra condición protegida por la ley.
- E. Si el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, podrá recibirla durante un año a partir de la fecha de aprobación. No se requerirán solicitudes adicionales para visitas médicas posteriores durante el período de elegibilidad de un año.
- F. Limitaciones de la atención de beneficencia para pacientes con Medicare y Medi-Cal/Medicaid:
 1. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y cuya cobertura principal sea Medicare podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los copagos, coseguros, deducible y la parte de los costos del paciente no reembolsados por ningún otro pagador, incluido Medi-Cal/Medicaid, y que Medicare no reembolsa como deuda incobrable.
 2. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y tengan cobertura de Medi-Cal/Medicaid restringida o de alcance limitado podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los cargos por la parte de los costos y por los servicios médicamente necesarios denegados por Medi-Cal/Medicaid.

3. Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y tengan cobertura plena de Medi-Cal/Medicaid podrían reunir los requisitos para recibir atención de beneficencia, pero el importe que es elegible para este tipo de atención se limita a los cargos por la parte de los costos en virtud de la cobertura de Medi-Cal/Medicaid.

II. **DETERMINACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

- A. ARMC determinará si un paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia mediante la evaluación de la situación individual del paciente. Salvo lo dispuesto en la sección III de esta política, se espera que el paciente o su garante proporcionen toda la documentación necesaria para que ARMC pueda determinar si el paciente reúne los requisitos. Estos documentos incluyen:
 1. Solicitud de asistencia financiera (“solicitud”) (Anexo A).
 2. Copia de identificación con fotografía.
 3. Evidencia de ingresos familiares (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes)
 4. Declaración de apoyo que proporcione una explicación si vive sin ingresos.
- B. La evidencia de ingresos familiares se limita a los recibos de sueldo o las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. No se requieren otros documentos que demuestren los ingresos familiares, pero ARMC aceptará y tendrá en cuenta otros documentos si el paciente los ofrece.
- C. La información obtenida de las declaraciones de impuestos sobre la renta y los recibos de sueldo proporcionados por el paciente con fines de determinación del cumplimiento de los requisitos para la atención de beneficencia no se usará para actividades de cobro efectuadas por ARMC.
- D. Cuando el paciente no pueda proporcionar recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes, deberán seguirse y considerarse los procedimientos que se detallan a continuación para determinar los ingresos familiares del paciente:
 1. el paciente puede firmar una declaración que certifique la exactitud de la información de ingresos proporcionada.
 2. Certificación verbal: el asesor financiero del hospital puede proporcionar una certificación escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. Se debe intentar documentar los ingresos anuales del paciente antes de tomarle declaración verbal, pero el asesor financiero del hospital no puede solicitar al paciente ningún documento relacionado con los ingresos, excepto recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes.
- E. Momento de la determinación:
 1. La elegibilidad de un paciente para la atención de beneficencia se puede determinar en cualquier momento en que esté disponible la información sobre la elegibilidad del paciente.

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARA PACIENTES

Política administrativa nro. 110.28, versión 11

Página 4 de 17

2. No hay límite de tiempo para que un paciente solicite atención de beneficencia.

F. El personal de ARMC ayudará a los pacientes que soliciten atención de beneficencia a determinar si cumplen con los requisitos y, en ese caso, a solicitar fuentes alternativas de asistencia, incluidos Medi-Cal, el California Health Benefit Exchange u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.

G. Cualquier paciente que solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud podría, al mismo tiempo, presentar una solicitud de asistencia financiera.

H. Si un paciente manifiesta la imposibilidad de pagar una factura por atención médica, se lo evaluará para determinar si puede recibir asistencia financiera en virtud de las políticas de atención de beneficencia y pago con descuento.

III. **PRESUNCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA**

A. Es posible que haya casos en los que un paciente puede parecer reunir los requisitos para la atención de beneficencia, pero no presenta una solicitud o no proporciona recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes. En algunos casos, el paciente u otras fuentes suministran información adecuada que podría proporcionar pruebas suficientes para determinar si el paciente cumple con los requisitos para la atención de beneficencia. En el caso de que un paciente no presente una solicitud o documentación de ingresos familiares, ARMC puede determinar de manera preliminar que reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, según se establece en esta sección de la política. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias de la vida del paciente y pueden incluir lo siguiente:

1. Sin hogar o atención recibida de una clínica para personas sin hogar.

2. Pacientes de salud del comportamiento en un estado mental alterado en el que no pueden comunicarse adecuadamente, carecen de percepción y de habilidades psicomotoras, o presentan alteraciones cognitivas.

3. Los pacientes han fallecido sin un patrimonio o cobertura de terceros.

IV. **DISPONIBILIDAD DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

A. Los pacientes que deseen solicitar asistencia de beneficencia deben pedir la documentación de solicitud por estos medios:

1. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-818-0672

2. Envíe un correo electrónico al Servicio de Atención al Cliente: patientaccounts@armc.sbcounty.gov

3. Pedir una solicitud en la Oficina del Cajero de Cuentas de Pacientes, situada en la primera planta del hospital de ARMC, frente a la farmacia ambulatoria.

4. Descargue la solicitud desde el sitio web de ARMC:

<https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/>

V. **PROCESO DE REVISIÓN DE SOLICITUDES**

A. Proceso de revisión de solicitudes

1. Los asesores financieros (FC) revisarán la solicitud y la documentación presentadas.
2. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el FC se lo notificará al solicitante para que facilite la información que falta y le dará una oportunidad razonable para hacerlo.
3. Si un paciente presenta una solicitud completa, el FC revisará la documentación de la consulta de atención médica.
4. Si el FC identifica la visita como una posible reclamación en la que el paciente podría solicitar una compensación por lesiones o daños producidos por un accidente o daños causados por otra persona, se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:
 - a. El FC facilitará la información de la cuenta a la División de Recuperación de Ingresos (RRD) del condado para que evalúe en mayor detalle la posibilidad de una reclamación de recuperación presentada por el paciente con motivo de una lesión.
 - b. El FC le enviará una carta al paciente en la que le indicará que se ponga en contacto con la RRD y aporte documentación a fin de que la RRD determine si existe la posibilidad de presentar una reclamación de recuperación ante un tercero.
 - c. La solicitud quedará en suspenso a la espera de que la RRD dé el visto bueno a cualquier posible reclamación de recuperación presentada por el paciente con motivo de una lesión.
 - d. El FC, la RRD y el paciente seguirán comunicándose hasta que sea necesario presentar la reclamación de recuperación por lesiones, en caso de que esto ocurra.
5. Si el FC determina que la consulta no es una posible reclamación de recuperación por lesiones o si el paciente no va a presentar una reclamación de recuperación por lesiones, se seguirán estos procedimientos:
 - a. El FC revisará la solicitud, los recibos de sueldo, las declaraciones de impuestos sobre la renta y cualquier otro documento presentado por el paciente para determinar si este reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia de la siguiente manera:
 - 1) El FC determinará si el paciente es un paciente que reúne los requisitos; y
 - 2) El FC determinará si los ingresos familiares del paciente son igual a, o menores que, el 400 % del FPL.
 - b. Si el FC determina que el paciente reúne los requisitos, pero sus ingresos familiares superan el 400 % del FPL, el FC evaluará si el paciente reúne los requisitos para el Programa de Pago con Descuento, según lo establecido en la política n.º 110.29.

- c. Si el FC determina que el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, se seguirán estos procedimientos:
 - 1) ARMC proporcionará al paciente la Carta de determinación del cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera (Anexo B)
 - 2) El FC actualizará el caso financiero en Epic con la determinación de la solicitud, ya sea aprobada o denegada, y la fecha de entrada en vigor.
 - 3) Epic ajustará automáticamente el saldo de la cuenta del paciente.

VI. **PROCESO DE LITIGIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS POR PARTE DEL PACIENTE**

- A. Un paciente puede presentar una apelación para solicitar una reevaluación. Todas las apelaciones deben enviarse por escrito al gestor administrativo del Departamento de Cuentas de Pacientes, 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324. Se le notificará al paciente por escrito el resultado de la apelación dentro de treinta (30) días.
- B. Además, cualquier paciente a quien se le deniegue atención de beneficencia o que desee disputar cualquier otro asunto relacionado con el cumplimiento de los requisitos para recibir atención de beneficencia puede solicitar la revisión del gerente administrativo del Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC llamando al (909) 777-0758.
- C. Si se aprobó previamente al paciente en virtud de la Política de pago con descuento, pero luego reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia debido a una apelación exitosa, ARMC tiene autorización para ajustar balances previos que hubieran sido aprobados conforme a la Política de pago con descuento debido a la apelación exitosa por parte del paciente.

VII. **PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO**

Cuando se determine que un individuo no reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia, se lo evaluará para determinar si reúne los requisitos del Programa de Pago con Descuento de ARMC en virtud de la política n.º 110.29.

VIII. **PAGOS DE TERCEROS**

ARMC puede exigir que un paciente o garante pague a ARMC los siguientes importes, incluso si el paciente reúne los requisitos para recibir atención de beneficencia:

- A. El importe total de cualquier reembolso recibido por el paciente o garante de un tercero pagador por los servicios que el paciente recibió en ARMC.
- B. Cualquier importe recibido por el paciente o el garante a través de un acuerdo legal, sentencia o adjudicación en virtud de una acción de un tercero responsable que incluya el pago de servicios de atención médica o de la salud relacionados con la lesión por la que el paciente solicita atención de beneficencia.

COMUNICACIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

- A. ARMC proporcionará a los pacientes un aviso por escrito (“notificación”) que contiene información sobre la disponibilidad de las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento de ARMC (en conjunto, las “políticas”), e incluirá información sobre el cumplimiento de los requisitos e información de contacto para saber con quién comunicarse a fin de obtener más información sobre las políticas. La notificación deberá cumplir con todos los elementos exigidos en la sección 127410 del Código de Salud y Seguridad, e incorporarlos.
- B. La notificación de las políticas se proporcionará a los pacientes del siguiente modo:
1. En el momento de prestar el servicio si el paciente está consciente y puede recibir la notificación en ese momento.
 2. Si el paciente no puede recibir la notificación en el momento de la prestación del servicio, se la proporcionará durante el proceso de alta.
 3. Si no se ingresa al paciente, la notificación se proporcionará cuando el paciente se retire del centro.
 4. Si el paciente se retira del centro sin recibir la notificación, ARMC se la enviará por correo dentro de las 72 horas siguientes a la prestación de los servicios.
- C. La notificación de las políticas también se publicará de forma clara y visible en lugares visibles para el público, incluidos, entre otros, los siguientes:
1. Departamento de emergencias
 2. Oficina de facturación/ventanilla de cobro
 3. Centros de salud familiar/clínicas ambulatorias
 4. El sitio web del hospital:
<https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/>

PAGOS EN EXCESO

- A. ARMC reembolsará a un paciente cualquier importe que este pague efectivamente que exceda los importes adeudados en virtud de la Ley de Precios Justos de Hospitales, incluidos los intereses, y esta Política de atención de beneficencia. Los intereses se devengarán a la tasa establecida en la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil a partir de la fecha en que ARMC reciba el pago del paciente. Este reembolso se efectuará en un plazo de 30 días. Sin embargo, ARMC no tiene la obligación de reembolsar al paciente o pagar intereses si el importe adeudado es inferior a \$5.00 o si han pasado cinco años o más desde el último pago del paciente a ARMC o la RRD.
- B. El pago proveniente de un tercero no constituirá un pago en exceso, a menos que dicho pago supere los cargos facturados.

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

El siguiente personal de ARMC recibirá formación sobre las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento de ARMC:

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARA PACIENTES

Política administrativa nro. 110.28, versión 11

Página 8 de 17

- A. Registro/admisión (incluidos los entrevistadores financieros)
- B. Representantes de pacientes
- C. Departamento de Cuentas de los Pacientes y Facturación

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Al implementar esta política, ARMC deberá cumplir con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

ANEXOS: **Anexo A: Solicitud de asistencia financiera**
 B: Ejemplo de carta de determinación del cumplimiento de los requisitos

REFERENCIAS: **Código de Salud y Seguridad de California, Secciones 127400-127446**
 AB 1503. Estatutos de 2010, Capítulo 445, Sección 127450
 AB 2297. Estatutos de 2024, Capítulo 511
 SB 1061. Estatutos de 2024, Capítulo 520
 SB 1276. Estatutos de 2014, Capítulo 758

DEFINICIONES:

Atención de beneficencia. Los servicios de atención de la salud gratuitos se prestan sin expectativa de pago a las personas que cumplen los requisitos del hospital para recibir atención de beneficencia conforme a esta política. La atención de beneficencia puede incluir coseguros, deducibles, parte de los costos y saldos pendientes de pago por servicios de atención de la salud adeudados si el paciente satisface los criterios de cumplimiento de los requisitos del hospital. La atención de beneficencia no incluye las deudas incobrables, definidas como cargos incobrables que el hospital registró como ingresos pero que canceló por falta de pago por parte del paciente.

Pago con descuento: Cargos reducidos por atención, pero no gratuitos.

Servicios que reúnen los requisitos. Todos los servicios de atención médica de emergencia o servicios de atención hospitalaria y profesional que no sean de emergencia y que sean médicamente necesarios prestados en centros operados por ARMC, incluidas sus clínicas. Los servicios que reúnen los requisitos también pueden incluir la atención médicamente necesaria prestada a pacientes en los que el paciente sería responsable de los cargos, como los cargos por días que superen un límite de duración de la estadía o en circunstancias en las que se hayan agotado las prestaciones del paciente. Los servicios que reúnen los requisitos también incluyen los servicios proporcionados a pacientes como parte de cualquier programa federal, estatal o local de atención a indigentes.

Los servicios elegibles también incluyen Farmacia para pacientes ambulatorios de la siguiente manera:

- I. Farmacia para pacientes ambulatorios:
 - A. No relacionados con el formulario
 - 1. Farmacia para examinar la imposibilidad de usar el agente del formulario.
 - 2. Farmacia para obtener autorización previa.
 - 3. Farmacia para revisar si el medicamento cuenta con un programa de asistencia.
 - 4. Farmacia para revisar si el paciente tiene beneficencia aprobada en Epic.

B. Beneficencia

1. Equipo o farmacia de beneficencia de bajo costo de adquisición: proceda y dispense.
2. Equipo o farmacia de beneficencia de alto costo de adquisición (>\$1,000): consulte con la administración de la farmacia y el departamento de contabilidad del hospital para obtener la aprobación.

C. Limitación de farmacia

1. Los pacientes aprobados para recibir beneficencia conforme a esta política deberán obtener los servicios de medicamentos recetados en la farmacia de ARMC.
2. Los medicamentos relacionados con el estilo de vida (es decir, medicamentos para perder peso) y los medicamentos que no son necesarios desde el punto de vista médico están excluidos del programa de beneficencia.

Familia. Familia incluye a las siguientes personas:

- A. Para mayores de 18 años: cónyuge, pareja de hecho, hijos a cargo menores de 21 años o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en el domicilio.
- B. Para los menores de 18 años o para un hijo a cargo de 18 a 20 años, ambos inclusive: el progenitor, los familiares de la persona responsable y los demás hijos a cargo de los familiares del progenitor o la persona responsable que tengan menos de 21 años (o de cualquier edad si son discapacitados).

Nivel federal de pobreza (FPL): El FPL se define por las directrices de pobreza actualizadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en el Registro Federal en virtud de la autoridad establecida en la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Asistencia financiera: Una reducción total o parcial de los cargos por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios prestados a pacientes que cumplen los requisitos para los programas de Atención de Beneficencia o Pago con Descuento.

Costos médicos elevados: Se refiere a cualquiera de los siguientes:

- A. Costos anuales de bolsillo en los que incurre el paciente en ARMC que superan el más bajo entre el 10 % del ingreso familiar actual del paciente y el ingreso familiar en los 12 meses anteriores. El 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares de los 12 meses anteriores, lo que sea menor.
- B. Gastos anuales de bolsillo que superan el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARA PACIENTES

Política administrativa nro. 110.28, versión 11

Página 10 de 17

Servicios médicamente necesarios: Según la definición del artículo 14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California, un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o una discapacidad significativa, o aliviar un dolor severo, y no constituye una cirugía o tratamiento electivo o cosmético.

Gastos de bolsillo: Se refiere a cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por el seguro o por un programa de cobertura de salud, como los copagos, los coseguros y los deducibles de Medicare o la parte de los costos de Medi-Cal.

Recibos de sueldo o declaraciones de la renta recientes: Las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes son declaraciones de impuestos sobre la renta que documentan los ingresos del año en que se emitió una factura por primera vez al paciente o de los 12 meses anteriores a la fecha en que se le emitió una factura por primera vez. Los recibos de sueldo recientes son los que corresponden al período de 6 meses anteriores o posteriores a la fecha en que el hospital emitió por primera vez una factura al paciente o, en caso de que se trate de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.

Parte de los costos: Se refiere a la parte de los costos por atención médica que es responsabilidad del paciente en virtud del programa Medi-Cal/Medicaid.

Seguro insuficiente: Se refiere a un paciente que tiene seguro o cobertura de terceros, incluidos Medi-Cal y Medicare, pero que tiene gastos de bolsillo (por ejemplo, saldos de pago a cargo del paciente asociados con planes de deducible o gastos de bolsillo altos o de prestaciones limitadas) que superan la capacidad de pago declarada por el paciente. También se refiere a un paciente que tiene un seguro activo con períodos no elegibles.

No asegurado: Un paciente que no tiene seguro ni cobertura de terceros que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago de los servicios de atención médica.

FECHA DE APROBACIÓN:	<u>22/4/2026</u>	<u>Comité de Seguridad y Calidad del Paciente</u> Administrador correspondiente, hospital o comité médico
	<u>16/3/2026</u>	<u>Doris Melara, gerente administrativa, Cuentas de Pacientes</u> Administrador correspondiente, hospital o comité médico
	_____	<u>Junta de supervisores</u> Aprobado por el órgano rector

REEMPLAZA: Política Administrativa N.º 110.28 Edición 10

CON VIGENCIA A PARTIR DE: 24/8/2006, 1/1/2025

REVISIONES: 30/10/2006, 5/2/2007, 12/10/2007, 13/8/2010, 3/1/2012, 16/1/2013, 2/1/2014, 1/1/2015, 8/2015, 1/7/2016, 1/1/2025

REVISADO: 1/1/2019

ANEXO A

**ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

400 N. PEPPER AVE
COLTON CA 92324
ATTN: PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT

Correo electrónico: patientaccounts@armc.sbcounty.gov
Teléfono: 1-877-818-0672
Fax: (909) 777-0815

Esta solicitud corresponde a los programas de asistencia financiera de Arrowhead Regional Medical Center, que incluyen al (1) Programa de Atención de Beneficencia y al (2) Programa de Pago con Descuento. Los criterios de cumplimiento de requisitos para estos programas se pueden encontrar en las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento para pacientes de Arrowhead Regional Medical Center.

Seleccione el programa para el que presenta la solicitud:

- Programa de Atención de Beneficencia (atención gratuita)
 Programa de Pago con Descuento (tarifas reducidas)

Para que su solicitud esté completa, deberá incluir la siguiente documentación:

- Copia de identificación con fotografía.
- Comprobante de ingresos familiares (solo recibos de sueldo o declaraciones de la renta).
- Declaración de manutención si no tiene ingresos.

No presentar toda la documentación requerida con la solicitud dará lugar a que se determine que la solicitud está incompleta. El proceso de solicitud toma aproximadamente 30 días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Los pacientes que presenten una solicitud solo para el Programa de Pago con Descuento podrían recibir una asistencia financiera menor que la que puede estar disponible en el marco del Programa de Atención de Beneficencia.

Esta solicitud para el Programa de Pago con Descuento corresponde únicamente a los cargos de Arrowhead Regional Medical Center (ARMC), incluidos los servicios profesionales y los servicios prestados por proveedores que tengan contrato con ARMC, y no se aplica a los honorarios profesionales que los proveedores, tales como médicos, anestesiólogos, radiologías, laboratorios, etc., facturan de manera independiente.

Arrowhead Regional Medical Center tiene una lista de proveedores de atención médica no cubiertos. Puede acceder a la lista en línea en <https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/> o bien puede solicitar una copia llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC: 1-877-818-0672.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ CÓNYUGE _____
DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
CORREO ELECTRÓNICO _____
N.º DE GARANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
N.º de historia clínica _____

ESTADO FAMILIAR:

- Si el paciente tiene 18 años o más, mencione lo siguiente: cónyuge, pareja de hecho, dependientes menores de 21 años y/o dependientes de cualquier edad si tiene discapacidad.
- Si el paciente es menor de 18 años o si se trata de un hijo dependiente de entre 18 y 20 años, indique a los padres, familiares a cargo del cuidado y a los demás hijos dependientes del padre, madre o familiar a cargo que tengan menos de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad.

(Si necesita más espacio, utilice la página 5)

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleo: _____ Cargo: _____

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: _____

Empleo del cónyuge: _____ Cargo: _____

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: _____

INGRESO MENSUAL ACTUAL

	Paciente	Cónyuge
Salario bruto mensual	_____	_____
Sección A (Ingresos no percibidos)	_____	_____
Pensión del Seguro Social	_____	_____
Jubilación o beneficios de VA	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención de menores	_____	_____
Otro (especifique)	_____	_____
Ingresos totales:	_____	_____

¿Reúne usted los requisitos para MEDICARE? SÍ__ NO__

¿Reúne usted los requisitos para MEDI-CAL? SÍ__ NO__

¿Recibe asistencia pública como CalFresh, CalWorks, WIC? SÍ__ NO__

¿Recibe algún otro tipo de asistencia pública? Describa el tipo de asistencia pública a continuación.

CONFIRME LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que se me puede exigir que aporte pruebas de la información que estoy proporcionando.
- Confirмо además que, como contraprestación por recibir servicios de atención médica debido a un accidente o lesión, reembolsaré al condado el producto de cualquier litigio o acuerdo derivado de dicho acto.

(Firma del paciente o del garante) (Fecha)

(Firma del cónyuge) (Fecha)

Espacio adicional para comentarios:

Anexo B

ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER Determinación de elegibilidad para la Asistencia Financiera

Fecha:

NOMBRE, APELLIDO
NRO. DE HISTORIA CLÍNICA: M00
DIRECCIÓN

PROGRAMA APROBADO

- Atención de beneficencia
- Pago con descuento

Fecha de aprobación en vigor:

Fecha de vigencia:

Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) aprobó su solicitud de asistencia financiera con base en uno o más de los siguientes criterios:

- Con base en el cumplimiento actual de los requisitos con IEHP o Medi-Cal.
- Con base en el ingreso familiar.
- Con base en la solicitud completada que envió por fax, correo, en persona o electrónicamente.
- Con base en una entrevista telefónica realizada por el entrevistador financiero de ARMC.

La aprobación de caridad reduce su saldo a \$0 y está activa por 1 (un) año. Puede volver a presentar una solicitud a su vencimiento o cuando sus ingresos o las circunstancias de su grupo familiar cambien.

La aprobación del pago con descuento reduce su saldo de acuerdo con las tarifas de reembolso actuales de Medicare y el descuento está activo durante 1 (un) año. Puede volver a presentar una solicitud a su vencimiento o cuando sus ingresos o las circunstancias de su grupo familiar cambien.

Su próximo estado de cuenta de facturación incluirá la tarifa con descuento e información sobre cómo efectuar su pago y establecer un plan de pago razonable, si procede.

Si recibe un pago de un tercero, incluso a través de un acuerdo legal, una sentencia o una adjudicación a través de un proceso judicial por los servicios recibidos en ARMC, ARMC puede requerir que usted pague ese importe a ARMC.

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARA
PACIENTES

Política administrativa nro. 110.28, versión 11

Página 17 de 17

El Programa de Asistencia Financiera (FAP) solo cubre los cargos del centro de ARMC y los cargos por servicios prestados por proveedores que tengan contrato con ARMC.

El Programa FAP no cubre los honorarios profesionales que puedan cobrar los proveedores de servicios individuales, incluidos, entre otros, médicos, anestesiólogos, radiólogos y patólogos, y no se aplica a los honorarios profesionales incurridos, tales como los de médicos, anestesiólogos, servicios de radiología, laboratorio, etc. Estos cargos son facturados por separado por su proveedor y serán su responsabilidad.

ARMC tiene una lista de proveedores de atención médica no cubiertos. Puede acceder a la lista en línea en <https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/> o bien puede solicitar una copia llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC al 1-877-818-0672 o por correo electrónico:

patientaccounts@armc.sbcounty.gov

Si no está de acuerdo con el resultado de su solicitud, puede presentar una apelación por escrito dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha de esta carta, dirigida a:

PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT/ FAP
Attn: Administrative Manager
ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
400 N PEPPER AVE
COLTON, CA 92324

Programa de Quejas Relacionadas con Facturas de Hospitales

El Programa de Quejas Relacionadas con Facturas de Hospitales revisa las políticas de asistencia financiera de los hospitales y las decisiones sobre el cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera para pacientes a fin de garantizar que los pacientes que reúnen los requisitos tengan acceso a ayuda para pagar sus facturas. Si considera que se le denegó asistencia financiera erróneamente, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas Relacionadas con Facturas de Hospitales del estado de California. Para obtener más información y presentar una queja, visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov

Ayuda adicional

Existen organizaciones que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar <https://healthconsumer.org/>

Atentamente,

ARMC - Departamento de Cuentas de Pacientes

Teléfono: 877-818-0672 Fax: 909-777-0815

Correo electrónico: patientaccounts@armc.sbcounty.gov

Horario de oficina: de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes (cerrado los días festivos del condado)