

ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
Políticas y procedimientos administrativos

Política n.º 110.29 Edición 11
Página 1 de 19

SECCIÓN: ADMINISTRATIVO

SUBSECCIÓN: OPERACIONES

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE PAGO CON DESCUENTO
PARA PACIENTES

APROBADO POR: _____
Director ejecutivo

PROPÓSITO

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad del Programa de Pago con Descuento y detallar el proceso que usa Arrowhead Regional Medical Center para determinar si un paciente reúne los requisitos.

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. 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 participar en el Programa de Pago con Descuento cumplan con esta política y contribuyan con el pago del costo de su atención según lo establecido en ella.

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 % por debajo del nivel federal de pobreza (FPL). Esta declaración no se interpretará como la imposición de responsabilidades adicionales al hospital.

ARMC tiene la política de proporcionar a los pacientes información comprensible por escrito con respecto a su Programa de Pago con Descuento y ofrecer asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos para que puedan pagar los servicios médicamente necesarios.

El importe máximo que una persona que reúne los requisitos para el Programa de Pago con Descuento debería pagar por servicios médicos en virtud de esta política se limita al importe del pago que ARMC esperaría recibir, de buena fe, por la prestación de servicios por parte de Medicare. Si ARMC presta un servicio para el que no existe un pago establecido por parte de Medicare, ARMC determinará un pago con descuento adecuado para él.

Se pueden ofrecer descuentos por circunstancias especiales según cada caso, comuníquese con Cuentas de pacientes, servicio al cliente: 1-877-818-0672 or a través de Envíe un correo electrónico al Servicio de Atención al Cliente: patientaccounts@armc.sbcounty.gov.

TIPOS DE SERVICIOS CUBIERTOS

El Programa de Pago con Descuento 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).

El Programa de Pago con Descuento no cubre los honorarios profesionales que puedan cobrar los proveedores de servicios individuales, incluidos, entre otros, médicos, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos y profesionales de práctica avanzada (como profesionales de enfermería especializados y asistentes médicos). En el Anexo C de esta política se brinda una lista de los proveedores no cubiertos.

PROCEDIMIENTOS

I. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- A. Un paciente reúne los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento si se adhiere a lo establecido en esta política y cumple las dos condiciones siguientes:
 - 1. Los ingresos familiares del paciente se sitúan entre el 401 % y el 550 % del FPL; y
 - 2. Se trata de un paciente con costos médicos elevados.
- B. Los activos monetarios no se tienen en cuenta a la hora de determinar el cumplimiento de los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento.
- C. La determinación de los ingresos familiares del paciente se realiza de acuerdo con el nivel federal de pobreza (FPL) vigente en el momento de la determinación del cumplimiento de los requisitos.
- D. Para determinar si el paciente cumple con los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento, no se tienen 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 participar en el Programa de Pago con Descuento, podrá hacerlo 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.

B. Limitaciones para los pacientes de Medicare:

Los pacientes que cumplan con el requisito del FPL y cuya cobertura principal sea Medicare podrían reunir los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento, pero el descuento se limitará a una parte de 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.

II. DETERMINACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

- A. Se espera que el paciente o su garante proporcionen toda la documentación necesaria para que ARMC pueda determinar si el paciente es elegible. Estos documentos incluyen:

1. Solicitud de asistencia financiera (“solicitud”) (Anexo A).
2. Copia de identificación con fotografía.
3. Comprobante de ingresos familiares, según recibos de sueldo o declaraciones de la renta recientes.
4. Declaración de apoyo que proporcione una explicación si vive sin ingresos.
5. Documentos que demuestren los gastos de bolsillo anuales asumidos y pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores

La solicitud también se encuentra disponible en <https://www.arrowheadregional.org/patients-visitors/help-paying-your-bill/>

- 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 no se usará para actividades de cobro efectuadas por ARMC.
- D. Si un paciente solicita participar en el Programa de Pago con Descuento, pero no proporciona la información razonable y necesaria para que ARMC determine el cumplimiento de los requisitos, ARMC puede considerar que no puede tomar una determinación respecto del cumplimiento de los requisitos.
- E. Cuando el paciente no puede proporcionar documentación que verifique los ingresos, se deben seguir los siguientes procedimientos:
 1. Certificación por escrito: 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 no puede solicitar al paciente ningún documento relacionado con los ingresos, excepto recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes.
- F. Momento de la determinación:
 1. La elegibilidad de un paciente se puede determinar en cualquier momento en que se disponga de información sobre su elegibilidad.
 2. No hay límite de tiempo para que un paciente solicite participar en el Programa de Pago con Descuento.
- G. El personal del ARMC puede pedir, pero no exigir, que un paciente que solicita participar en el Programa de Asistencia Financiera (FAP)/Programa de Pago con Descuento presente una solicitud para Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que se lo evalúe

o apruebe como paciente que reúne los requisitos en virtud del Programa de Pago con Descuento. ARMC también puede pedir a los pacientes que soliciten participar en el FAP/Programa de Pago con Descuento que se sometan a una evaluación de cumplimiento de requisitos para Medi-Cal.

- H. 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 para determinar la elegibilidad del Programa de Pago con Descuento.

III. DISPONIBILIDAD DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Los pacientes que deseen solicitar la participación en el Programa de Pago con Descuento 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/>

IV 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 determina que la consulta es una posible reclamación en la que el paciente podría estar intentando obtener 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 participar en el Programa de Pago con Descuento de la siguiente manera:
 1. El FC determinará si se trata de un paciente con costos médicos elevados.
 2. El FC determinará si los ingresos familiares del paciente están entre el 401 % y el 550 % del FPL.
 - b. Si el FC determina que el paciente reúne los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento, se seguirán estos procedimientos:
 1. ARMC proporcionará al paciente la Carta de determinación del cumplimiento de los requisitos para recibir asistencia financiera (“carta”). Puede encontrarse un modelo de la carta en el Anexo B de esta Política.
 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.

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 la participación en el Programa de Pago con Descuento o que desee disputar cualquier otro asunto relacionado con el cumplimiento de los requisitos puede solicitar la revisión del gerente administrativo del Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC llamando al (909) 777-0758.

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 participar en el Programa de Pago con Descuento:

- 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 el Pago con Descuento.

COMUNICACIONES DEL PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO

- 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/>

PLAN DE PAGO EXTENDIDO

- A. ARMC trabajará con los pacientes que reúnen los requisitos para negociar un plan de reembolso mensual que permita al paciente pagar el precio con descuento a lo largo del tiempo. En la negociación de este plan, ARMC tendrá en cuenta los ingresos familiares del paciente y sus gastos básicos de subsistencia. Dicho plan no tendrá intereses.
- B. Si ARMC y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de reembolso, ARMC instituirá un plan de pago razonable, con pagos mensuales de menos del 10 % del ingreso familiar del paciente correspondiente a un mes después de las deducciones de los gastos básicos de subsistencia.

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.

Paciente que reúne los requisitos: Se refiere a un paciente que ARMC determina que reúne los requisitos para participar en el Programa de Pago con Descuento conforme a esta política.

Servicios que reúnen los requisitos. Todos los servicios de atención médica de emergencia o servicios de atención médicamente necesaria que no son de emergencia prestados en centros operados por ARMC, incluidas sus clínicas. Los servicios que reúnen los requisitos también pueden incluir la atención médicamente necesaria no cubierta 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 ha aprobado la asistencia financiera de beneficencia o pago con descuento en Epic.
 - B. Limitación de farmacia
 1. Los pacientes aprobados para el pago con descuento conforme a esta política deberán obtener servicios de medicamentos recetados en la farmacia ARMC para obtener el precio con descuento.
 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 pago con descuento.
 - C. Copago
 1. El copago de los medicamentos del paciente en virtud de esta política se basa en las necesidades financieras del paciente, que los pacientes demuestran a través del proceso de solicitud.

Gastos básicos de subsistencia: Se refiere a gastos para cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o cuidado de los niños, manutención de los hijos o del cónyuge, transporte y gastos de automóvil, incluidos los seguros, gasolina y reparaciones, pagos fraccionados, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

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

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.

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.

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 importante, o aliviar un dolor intenso.

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.

Plan de pagos razonable: Se refiere a los pagos mensuales que no superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente de un mes, tras la deducción de los gastos básicos de subsistencia.

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: 22/4/2026 Comité de Seguridad y Calidad del Paciente
Administrador correspondiente, hospital
o comité médico

16/3/2026 Doris Melara, Administradora correspondiente,
cuentas de pacientes
Administrador correspondiente, hospital
o comité médico

Junta de supervisores
Aprobado por el órgano rector

REEMPLAZA: Política Administrativa N.º 110.29 Edición 10

CON VIGENCIA A PARTIR DE: 5/2/2007

REVISIONES: 13/8/2010, 3/1/2012, 2/1/2014, 1/1/2015, 20/8/2015, 1/7/2016,
1/1/2020, 4/10/2021, 1/1/25

REVISADO: 12/12/24

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, anesthesiólogos, radiologías, laboratorios, etc., facturan de manera independiente. Estos cargos serán su responsabilidad.

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 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 _____
NHC: _____

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:	_____	_____
Encierre una opción con un círculo:	_____	_____
¿Es usted elegible para MEDICARE?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Es usted elegible para MEDI-CAL?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Recibe asistencia pública como CalFresh, CalWorks, Wic?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿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.
- Confirmando 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
NHC n.º M00
DIRECCIÓN

APROBADO

- Atención de beneficencia
- Pago con descuento

Fecha efectiva de aprobación:

Fecha de vencimiento:

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

- Con base en la elegibilidad actual con IEHP, Medi-Cal o asistencia pública.
- Con base en el ingreso familiar
- Con base en la solicitud completada que envió por fax, correo o en forma electrónica.
- 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.

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. Cada proveedor factura estos gastos por separado 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 un reclamo visite: <https://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,

Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC
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)

Anexo C

**LISTA DE PROVEEDORES DEL HOSPITAL DE
 ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER**

Grupo de médicos	Servicios prestados	Información de contacto
CEP America (Vituity)	Servicios de medicina familiar	CEP America (Vituity) 430 N Vineyard Ave., Ontario, CA 91764 Consultas de pacientes: 1-800-498-7157 Consultas en español: 1-800-952-8351 Solicitudes de abogados: (209) 567-5755, ext. 4755
Arrowhead Pediatric Medical Group	Servicios pediátricos	Arrowhead Pediatric Medical Group 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324 (909) 580-6315
CEP America (Vituity)	Servicios de atención psiquiátrica	CEP America (Vituity) 430 N Vineyard Ave., Ontario, CA 91764 Consultas de pacientes: 1-800-498-7157 Consultas en español: 1-800-952-8351 Solicitudes de abogados: (209) 567-5755, ext. 4755
Arrowhead Radiology Medical Group	Servicios de radiología	Arrowhead Radiology Medical Group PO Box 2006, San Bernardino, CA 92406 (909) 580-1520
Cal Med Physicians and Surgeons	Servicios quirúrgicos	Cal Med Physicians and Surgeons 410 Alabama St., Suite 105 Redlands, CA 92374 (909) 580-6334
California University of Science and Medicine	Servicios de neurología	California University of Science and Medicine 1501 Violet Street Colton, CA 92324 (909) 498-0687
CEP America (Vituity)	Medicina de emergencia	CEP America (Vituity) 430 N Vineyard Ave., Ontario, CA 91764 Consultas de pacientes: 1-800-498-7157 Consultas en español: 1-800-952-8351 Solicitudes de abogados: (209) 567-5755, ext. 4755
Fundación Médica City of Hope	Servicios de atención oncológica	City of Hope Medical Foundation 1500 E Duarte Rd. Duarte, CA 91010 (626) 775-3200
California University of Science and Medicine	Cardiología	California University of Science and Medicine 1501 Violet Street Colton, CA 92324 (909) 498-0687
Cal Med Physicians and Surgeons	Cirugía cardiotorácica	Cal Med Physicians and Surgeons 410 Alabama St., Suite 105 Redlands, CA 92374 (909) 580-6334

Faculty Physicians & Surgeons of LLUMC	Urología	Faculty Physicians & Surgeons of LLUSM 11175 Campus Street, Suite 11120 Loma Linda, CA 92354 (909) 651-5582
Inland Empire Anesthesia Medical Group	Servicios de anestesia	Inland Empire Anesthesia Medical Group 310 North Indian Hill Blvd., #601 Claremont, CA 91711 (909) 580-2440
Kris J. Storkersen, M.D., Inc.	Oftalmología	Kris J. Storkersen, M.D., Inc. 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324
Jeffrey N. Roberts, M.D., Inc.	Otorrinolaringología	Jeffrey N. Roberts, M.D., Inc. 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324
California University of Science and Medicine	Servicios de gastroenterología	California University of Science and Medicine 1501 Violet Street Colton, CA 92324 (909) 498-0687
Inland Medical Rehabilitation	Servicios de rehabilitación	Inland Rehabilitation Services 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324; (909) 580-6250
Mojave Radiation Oncology Medical Group Inc.	Servicios oncológicos por radiación	Mojave Radiation Oncology 2650 Elm Ave. Ste. 201 Long Beach, CA 90806; (909) 887-8800
Arrowhead Pediatric Medical Group	Servicios neonatales	Arrowhead Pediatric Medical Group 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324 (909) 580-6315
Quantum Healthcare Medical Associates Inc.	Servicios de medicina interna y neurología	Quantum Healthcare Associates 5000 Hopyard Road, Suite 100 Pleasanton, CA 94588
San Bernardino Medical Orthopedic Group, Inc.	Servicios ortopédicos	San Bernardino Medical Orthopedic Group, Inc 1901 W. Lugonia Avenue, Ste 230 Redlands, CA 92374 (909) 557-1601
Valley Obstetrics and Gynecology Medical Group	Servicios de obstetricia y ginecología	Valley Obstetrics and Gynecology Medical Group (909) 580-6250 400 N Pepper Ave., Colton CA 92324

*Los pacientes serán económicamente responsables de cualquier servicio prestado por los proveedores mencionados. Tenga en cuenta que los grupos médicos mencionados anteriormente también pueden ofrecer asistencia financiera a los pacientes; puede comunicarse con ellos para obtener más información. *Revisado el 1/8/2025