



ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER
Políticas y procedimientos administrativos

Política nro. 110.29, versión 11
Página 1 de 10

SECCIÓN: ADMINISTRACIÓN

SUBSECCIÓN: OPERACIONES

ASUNTO: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE PAGO CON DESCUENTO PARA PACIENTES

APROBADA POR: _____

Director ejecutivo de ARMC

PROPÓSITO

El propósito de esta política es definir los criterios de cumplimiento de los requisitos del Programa de Pago con Descuento y detallar el proceso que usa Arrowhead Regional Medical Center para determinar si un paciente reúne esos requisitos. La fecha de entrada en vigor de esta política es el 1 de enero de 2025.

POLÍTICA

Arrowhead Regional Medical Center ("ARMC") se compromete a brindar atención de la salud de calidad a la comunidad y ayudar a las personas que no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no reúnen los requisitos para participar en programas gubernamentales o el California Health Benefit Exchange y no pueden pagar la atención médicamente necesaria a causa a 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 emergencias (según la definición de la sección 127450 del Código de Salud y Seguridad), que brindan servicios médicos de emergencia en un hospital que provee atención de emergencia, también están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes que no tienen seguro o que afrontan costos médicos elevados y cuyos ingresos son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, 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 se limita al importe del pago que ARMC esperaría recibir, de buena fe, por la prestación de servicios de parte de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor, dependiendo de la fecha en que se prestaron los servicios. Si ARMC presta un servicio para el que no existe un pago establecido por parte de Medicare o Medi-Cal, ARMC determinará un pago con descuento adecuado para él.

Se pueden ofrecer descuentos por circunstancias especiales según cada caso; consulte la Política de cuentas de pacientes nro. 805.01 para obtener más información.

TIPO DE SERVICIOS CUBIERTOS

El Programa de Pago con Descuento cubre todos los servicios que reúnen los requisitos —incluidos servicios hospitalarios médicamente necesarios, servicios educativos y servicios de diagnóstico prestados en todos los centros operados por ARMC (también el hospital y sus clínicas)— y que son cobrados por ARMC.

El Programa de Pago con Descuento no cubre los honorarios profesionales que puedan cobrar los proveedores de servicios individuales, incluidos, entre otros, médicos, anestesiólogos, radiólogos, patólogos y profesionales de práctica avanzada (como profesionales de enfermería especializados y asistentes médicos). En el Anexo A 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 exigirá la presentación de solicitudes adicionales para consultas médicas posteriores durante el período de cumplimiento de los requisitos de un año.
- F. 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. ARMC determinará si un paciente reúne los requisitos 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")
2. Copia de una identificación con fotografía
3. Evidencia de ingresos familiares (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes)
4. Declaración de apoyo que brinde 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 de asistencia financiera es un anexo de la Política de atención de beneficencia.

- 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, los recibos de sueldo y cualquier otra documentación de activos monetarios proporcionada 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 que es 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 pueda proporcionar documentación que demuestre los ingresos, se deben seguir estos procedimientos:
1. Certificación por escrito: el paciente puede firmar una declaración que certifique la exactitud de la información sobre 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. El cumplimiento de los requisitos por parte de un paciente puede determinarse en cualquier momento en que la información sobre el cumplimiento de los requisitos por el paciente esté disponible.
 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 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. Sin embargo, ARMC puede exigir a los pacientes que soliciten participar en el Programa de Pago con Descuento que se sometan a una evaluación de cumplimiento de requisitos para Medi-Cal.
- H. Cuando un paciente presenta una solicitud para otro programa de cobertura de salud, o tiene una solicitud pendiente, puede presentar al mismo tiempo una solicitud de asistencia financiera para que se determine si reúne los requisitos para el 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. Llamar al Servicio de Atención al Cliente: 1-877-818-0672
 2. Enviar 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. Descargar la solicitud de la página web de ARMC:
www.arrowheadregional.org/documents/English-FAP-Applicationv2.pdf

IV. **PROCESO DE REVISIÓN DE SOLICITUDES**

A. Proceso de revisión de solicitudes

1. Los asesores financieros (Financial Counselors, 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 el encuentro de la consulta.
4. Si el FC identifica la consulta como una posible reclamación de recuperación por lesiones, se seguirán estos procedimientos:
 - a. El FC facilitará la información de la cuenta a la División de Recuperación de Ingresos (Revenue Recovery Division, 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; y
 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 la Política de atención de beneficencia.
 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 Departamento de Cuentas de Pacientes y debe usarse la siguiente información: Patient Accounts Department, Administrative Manager, 400 N Pepper Ave., Colton, CA 92324. Se notificará al paciente por escrito del 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 para recibir atención de beneficencia puede solicitar la revisión del gerente administrativo del Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC llamando al (909) 777-0771.

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 atención de beneficencia.

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 notoria en lugares visibles para el público, incluidos, entre otros, los siguientes:
1. Departamento de Atención de Emergencias
 2. Oficina de facturación/ventanilla de cobro
 3. Centros de salud familiar/clínicas ambulatorias
 4. Página web del hospital: <https://www.arrowheadregional.org/documents/Help-Paying-Your-Bill-v3.pdf>

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. Este 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.
- C. Todo cobro de deudas en un plan de pago extendido deberá ajustarse a la Política de cuentas de pacientes nro. 701.00.

PAGOS EN EXCESO

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 pago con descuento. 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.

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

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

- A. Registro/admisión (incluidos los entrevistadores financieros)
- B. Representantes de pacientes
- C. Departamento de Cuentas de Pacientes/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: Lista de proveedores de servicios hospitalarios**

REFERENCIAS: **Código de Salud y Seguridad de California, secciones 127400-127455**
AB 103: Estatutos de 2010, capítulo 445, sección 127450
AB 2297
SB 1061
SB 1276: Estatutos de 2014, capítulo 758
Política nro. 100.03, Manual de operaciones administrativas (Administrative Operations Manual, AOM)
Política administrativa nro. 100.03, Manuales de políticas y procedimientos de ARMC: formato y estándares

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 la política nro. 110.28. 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.

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.

Gastos básicos de subsistencia. Se refieren a los gastos por cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la casa; alimentos y suministros domésticos; servicios públicos y teléfono; vestimenta; pagos por atención médica y dental; seguros; escuela o guardería; manutención de los hijos o del cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

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.

Nivel federal de pobreza (FPL). El FPL se define por las directrices de pobreza actualizadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, 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. Significa cualquiera de los siguientes:

- A. Gastos anuales de bolsillo que debe pagar el paciente en ARMC y que superan el 10 % del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar en los 12 meses anteriores, lo que sea menor. 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 este proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por él 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.

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.

Recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre 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 recibos de sueldo 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.

**FECHA DE
APROBACIÓN:**

13/12/2024

Kim Hirotsu, responsable del ciclo de ingresos

Administrador, hospital o comité médico correspondiente

13/12/2024

Comité de Seguridad y Calidad del Paciente

Administrador, hospital o comité médico correspondiente

Junta de Supervisores

Aprobado por el órgano rector

REEMPLAZA A:

Política administrativa nro. 110.29, versión 10

**FECHA DE ENTRADA
EN VIGOR:**

05/02/2007

MODIFICADA:

13/08/2010, 03/01/2012, 02/01/2014, 01/01/2015, 20/08/2015, 01/07/2016,
1/1/2020, 04/10/2021, 13/12/2024

REVISADA:

N/A

**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 de atención pediátrica	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
Universidad de Ciencias y Medicina de California	Servicios de neurología	Universidad de Ciencias y Medicina de California, 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	Fundación médica City of Hope 1500 E Duarte Rd., Duarte, CA 91010 (626) 775-3200
Universidad de Ciencias y Medicina de California	Cardiología	Universidad de Ciencias y Medicina de California, 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 LLUMC, 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
Universidad de Ciencias y Medicina de California	Servicios de gastroenterología	Universidad de Ciencias y Medicina de California, 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 de oncología radioterápica	Mojave Radiation Oncology 2650 Elm Ave. Ste. 201 Long Beach, CA 90806; (909) 887-8800
Arrowhead Pediatric Medical Group	Servicios de atención neonatal	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 de atención ortopédica	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 financieramente responsables de cualquier servicio prestado por los proveedores mencionados. Tenga en cuenta que es posible que los grupos médicos arriba mencionados también ofrezcan asistencia financiera a los pacientes; comuníquese con ellos para obtener más información.**

* Revisado el 10/12/2024