

El Programa de Tarifas Reducidas y Descuentos Variables

Por ser un Centro Comunitario de Salud, le ofrecemos un programa de tarifas y descuentos variables conforme a sus ingresos y el número de integrantes de su familia. Este programa reduce la cantidad que usted paga por los servicios de atención médica. Si califica, podría pagar solamente el 20% - 80% del costo de casi todos los servicios. Puede ser elegible para este programa, aún si tiene seguro médico.

La solicitud para el programa de tarifas y descuentos variables está disponible en inglés y en español. Puede obtener una solicitud en el mostrador de registro de cada uno de nuestros centros de atención médica, así como en nuestra página web. Toda información proporcionada en el formulario de solicitud es confidencial. Disponemos de personal especialmente capacitado para ayudarle a llenar la solicitud.

Se utilizarán las normas del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) para el programa de tarifas y descuentos variables. Si su ingreso está dentro de los parámetros de las normas federales, le aconsejamos que presente una solicitud para el programa.

Se requiere comprobante de ingreso para procesar su solicitud. Se aceptan los documentos a continuación como comprobantes de ingreso:

- Formulario W-2
- Declaración de impuestos
- Talonarios de cheques salariales recientes
- Estado de cuenta bancaria que muestra depósitos automáticos
- Aviso de adjudicación de pensión por desempleo
- Aviso de adjudicación de pensión del seguro social
- Manutención de hijos menores o pensión alimenticia conyugal
- Ingresos de pensión o jubilación
- Una carta comprobante de indemnización laboral o de incapacidad
- Una carta comprobante de sus ingresos preparada por su empleador

Si tiene alguna pregunta, por favor consulte en el mostrador de registro de cualquiera de los centros de atención.

Llame para programar una cita 800-720-9553

CENTROS DE ATENCIÓN:

Banning Community Health Center
3055 West Ramsey
Banning
951-849-6794

Corona Community Health Center
505 S. Buena Vista Ave.
Corona
951-272-5445

Hemet Community Health Center
880 N. State St.
Hemet
951-766-2450

Indio Community Health Center
47-923 Oasis St.
Room 1-CL
Indio
760-863-8283

Jurupa Community Health Center
9415 Mission Blvd.
Jurupa
951-360-8795

Lake Elsinore Community Health Center
2499 E. Lakeshore Dr.
Suite B
Lake Elsinore
951-471-4200

Palm Springs Community Health Center
1515 North Sunrise Way
Palm Springs
760-778-2210

Dr. Robert Bruce Reid Health Center
Perris Community Health Center
308 E. San Jacinto Ave.
Perris
951-940-6700

Riverside Neighborhood Community Health Center
7140 Indiana Ave.
Riverside
951-358-6000

Don Schroeder Family Care Center
Rubidoux Community Health Center
5256 Mission Blvd.
Riverside
951-955-0840
951-955-5360
(Dental Office)



Administrative Offices
Mission Grove Corporate Plaza
7888 Mission Grove Parkway, Suite 120
Riverside, CA 92508
951-358-5222
www.RUhealth.org/CHC



Escala de tarifas y descuentos variables

El programa de tarifas y descuentos variables es para todo paciente quien califique para el mismo, conforme a su ingreso y el número de integrantes de su familia, aún si tiene seguro médico. Dicha tarifa reducida o el descuento variable se puede aplicar a los honorarios, copagos, costos compartidos y gastos deducibles. Si desea solicitar este descuento, por favor infórmenos de su interés al momento de registrarse.

Escala variable de tarifas conforme a sus ingresos

Conforme a las normas del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) correspondientes al 2018

Para todo paciente del Centro Comunitario de Salud quien reúna los requisitos necesarios

OBLIGACIÓN DE PAGO						
	Agrupación A 0-100% FPL	Agrupación B 101-125% FPL	Agrupación C 126-150% FPL	Agrupación D 151-175% FPL	Agrupación E 176-200% FPL	Agrupación F Más de 200% FPL
Servicios Médicos	El paciente paga un arancel reducido de \$20.00	El paciente paga un arancel reducido de \$25.00	El paciente paga un arancel reducido de \$30.00	El paciente paga un arancel reducido de \$35.00	El paciente paga un arancel reducido de \$40.00	Ningún descuento
Farmacia	El paciente paga un arancel reducido de \$2.00	El paciente paga un arancel reducido de \$5.00	El paciente paga un arancel reducido de \$10.00	El paciente paga un arancel reducido de \$15.00	El paciente paga un arancel reducido de \$15.00	Ningún descuento
Servicios odontológicos preventivos	El paciente paga un arancel reducido de \$30.00	El paciente paga un arancel reducido de \$35.00	El paciente paga un arancel reducido de \$40.00	El paciente paga un arancel reducido de \$45.00	El paciente paga un arancel reducido de \$50.00	Ningún descuento
Servicios de odontología restaurativa (Solo procedimiento)**	El paciente paga un arancel reducido de \$50.00	El paciente paga un arancel reducido de \$60.00	El paciente paga un arancel reducido de \$70.00	El paciente paga un arancel reducido de \$80.00	El paciente paga un arancel reducido de \$85.00	Ningún descuento
NÚMERO DE INTEGRANTES FAMILIARES*	INGRESOS ANUALES					
1	\$0 - \$12,140.00	\$12,141.00 - \$15,175.00	\$15,176.00 - \$18,210.00	\$18,211.00 - \$21,245.00	\$21,246.00 - \$24,280.00	\$24,280.00 -↑
2	\$0 - \$16,460.00	\$16,461.00 - \$20,575.00	\$20,576.00 - \$24,690.00	\$24,691.00 - \$28,805.00	\$28,806.00 - \$32,920.00	\$32,920.00 -↑
3	\$0 - \$20,780.00	\$20,781.00 - \$25,975.00	\$25,976.00 - \$31,170.00	\$31,171.00 - \$36,365.00	\$36,366.00 - \$41,560.00	\$41,560.00 -↑
4	\$0 - \$25,100.00	\$25,101.00 - \$31,375.00	\$31,376.00 - \$37,650.00	\$37,651.00 - \$43,925.00	\$43,926.00 - \$50,200.00	\$50,200.00 -↑
5	\$0 - \$29,420.00	\$29,421.00 - \$36,775.00	\$36,776.00 - \$44,130.00	\$44,131.00 - \$51,485.00	\$51,486.00 - \$58,840.00	\$58,840.00 -↑
6	\$0 - \$33,740.00	\$33,741.00 - \$42,175.00	\$42,176.00 - \$50,610.00	\$50,611.00 - \$59,045.00	\$59,046.00 - \$67,480.00	\$67,480.00 -↑
7	\$0 - \$38,060.00	\$38,061.00 - \$47,575.00	\$47,576.00 - \$57,090.00	\$57,091.00 - \$66,605.00	\$66,606.00 - \$76,120.00	\$76,120.00 -↑
8	\$0 - \$42,380.00	\$42,381.00 - \$52,975.00	\$52,976.00 - \$63,570.00	\$63,571.00 - \$74,165.00	\$74,166.00 - \$84,760.00	\$84,760.00 -↑

*Para familias con más de 8 integrantes, agregue \$4,320.00 por cada persona adicional. Ejemplo: familia de 9 personas FPL = \$41,320.00 + \$4,320.00 = \$46,700.00

** Cuando corresponda, el paciente es responsable de todos los costos de laboratorio externos.