



Política de asistencia financiera y cobro de deuda

| | | | |
|---------------|-----------------------------------|-------------------|---|
| Aprobado por: | Fecha de aprobación más reciente: | Fecha de emisión: | Fecha de entrada en vigor: Enero 1, 2024 |
|---------------|-----------------------------------|-------------------|---|

Las copias impresas son solo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

Referencias/requisitos reglamentarios:

Esta política cumple con la sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos y las Normativas del Tesoro relacionadas.

Política de asistencia financiera y cobro de deuda

La política de Select Specialty Hospital San Diego se basa en proporcionar atención médicamente necesaria a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no tienen los medios para pagar los servicios prestados en Select Specialty Hospital San Diego pueden solicitar asistencia financiera, que se otorgará según los términos y condiciones establecidos a continuación.

I. Antecedentes

- A. Select Specialty Hospital San Diego es un hospital de cuidados agudos de largo plazo que está dirigido y administrado de una manera que, en general, es coherente con los requisitos de Scripps Health System según la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas y de las instituciones de caridad según la ley estatal.
- B. Select Specialty Hospital San Diego se compromete a dar atención médicamente necesaria. La “atención médicamente necesaria” se da a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago.
- C. Los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera y cobro de deuda suelen ser pacientes sin seguro o con costos médicos altos que viven dentro de las 50 millas de Select Specialty Hospital San Diego y cuyos ingresos familiares anuales no exceden el 400 % de las Pautas federales de pobreza (FPG) según los ingresos publicadas cada cierto tiempo por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y vigentes a la fecha del servicio para otorgar asistencia financiera según esta Política. Los pacientes que tienen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden calificar para recibir asistencia. En ninguna circunstancia se cobrará más de los montos generalmente facturados

por dicha atención a un paciente elegible para asistencia financiera en virtud de esta Política.

- D. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Select Specialty Hospital San Diego para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan a los costos de su atención en función de su capacidad individual de pago.

II. Definiciones

El “ingreso familiar anual” se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que usa los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye las ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa domiciliaria y otras fuentes misceláneas.
- Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Los ingresos se determinan antes de impuestos.
- Si una persona vive con un familiar directo, incluye los ingresos de todos los familiares.

“Solicitud” significa el proceso de presentar la solicitud conforme a esta Política, que incluye (a) completar la solicitud de asistencia financiera de Select Specialty Hospital San Diego en persona, en línea o por teléfono con un representante, o (b) enviar por correo o presentar una copia impresa completada de la solicitud a Select Specialty Hospital San Diego

“CBO” significa Oficina Central de Facturación y Cobros.

“Importe de asistencia financiera con descuento” se refiere al porcentaje de los cargos facturados que se reducen del importe que debe pagar el paciente si se aprueba la asistencia financiera.

“Familia” significa el paciente, su cónyuge (independientemente de dónde viva) y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que vivan con el paciente. Si el paciente tiene menos de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente (independientemente de dónde vivan) y a todos los hijos naturales o adoptivos de los padres menores de dieciocho años que vivan en el hogar.

“FPG” significa las Pautas federales de pobreza según los ingresos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. publica periódicamente y que están en vigencia en la fecha del servicio.

Al “Paciente con costo médico elevado” se define de la siguiente manera:

- i. No es un paciente con pago por cuenta propia (tiene cobertura de terceros)

- ii. El ingreso familiar del paciente es inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- iii. Los gastos médicos de bolsillo de los doce (12) meses anteriores (ya sea gastos incurridos por el paciente o gastos del hospital) exceden el 10 % del ingreso familiar del paciente.

“Pacientes asegurados” son personas que tienen algún seguro de salud privado o del gobierno.

“Atención médicamente necesaria” se refiere a aquellos servicios, según lo define Medicare, que son razonables y necesarios para diagnosticar y dar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para condiciones físicas o mentales, de acuerdo con las normas de atención médica reconocidas profesionalmente y generalmente aceptadas en el momento en que se prestan los servicios. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

“Política” se refiere a esta Política de asistencia financiera y cobro de deuda vigente actualmente.

“Plan de pago razonable” abarca los pagos mensuales que no excedan el 10 % del ingreso familiar mensual del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos básicos esenciales. Para los propósitos de esta subdivisión, “gastos básicos esenciales” se refiere a cualquiera de los siguientes gastos: alquiler o pago y mantenimiento del hogar; alimentos y suministros para el hogar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o cuidado infantil; manutención de hijos o cónyuge; transporte y gastos de automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones; pagos en cuotas, lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

Los “pacientes sin seguro” son personas: (i) que no tienen seguro de salud del gobierno ni privado; (ii) cuyos beneficios de seguro se han agotado; o (iii) cuyos beneficios de seguro no cubren la atención médicamente necesaria que el paciente busca.

“Paciente de atención de caridad” es un paciente económicamente elegible que paga por cuenta propia o un paciente con costos médicos elevados.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relacionada con los servicios médicos de emergencia: no se prestan servicios de emergencia en Select Specialty Hospital San Diego.
- B. Cobertura de medicamentos con receta: los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos con receta pueden calificar para uno de los programas de asistencia al paciente que ofrecen las compañías farmacéuticas.

IV. Criterios de elegibilidad para asistencia financiera

Los pacientes que soliciten atención en Select Specialty Hospital San Diego que cumplan con los requisitos a continuación son elegibles para la asistencia descrita en la Sección VII de esta Política.

A. Asistencia financiera basada en ingresos

1. Pacientes sin seguro y cuyos ingresos familiares anuales no superan el 400 % de las FPG, o que tienen circunstancias atenuantes como acontecimientos médicos catastróficos u otras situaciones especiales,
2. Quienes solicitan atención médicamente necesaria para servicios de hospital para pacientes ingresados, y
3. Quienes cumplan al menos uno de los siguientes criterios
 - a. Ser ciudadano estadounidense; o
 - b. Tener una tarjeta de residencia permanente de EE. UU. (Formulario USCIS I-551); o
 - c. Vivir en el área de servicio de Select Specialty Hospital San Diego (definida por un radio de 50 millas del centro).

B. Formas adicionales de calificar para recibir asistencia: un paciente que de otra manera no califica para recibir asistencia financiera según esta Política, pero no puede pagar el costo de la atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Circunstancias excepcionales: pacientes que transmiten que están pasando por dificultades personales o financieras extremas (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica).
2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan un tratamiento que solo puede proporcionar el personal médico de Select Specialty Hospital San Diego o que se beneficiarían de los servicios médicos continuos de Select Specialty Hospital San Diego para la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia debido a circunstancias excepcionales o circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso con una determinación del gerente de CBO.

C. Evaluación de Medicaid: un representante puede comunicarse con los pacientes sin seguro que soliciten atención en Specialty Hospital San Diego para determinar si califican para Medicaid o para otros programas estatales de atención médica. Los pacientes sin seguro deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para ser elegibles para asistencia financiera según esta Política.

V. Método de solicitud

A. Asistencia financiera basada en ingresos

1. Cualquier paciente que solicite asistencia financiera basada en ingresos en cualquier momento del proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que dé información sobre los ingresos familiares anuales para el período de tres o doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de la elegibilidad. Los servicios de verificación de ingresos de terceros se pueden usar como evidencia de ingresos familiares anuales. Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera en las áreas de Admisiones de nuestro centro en 555 Washington Street, San Diego, CA 92103; en línea en <https://www.selectspecialtyhospitals.com/locations-and-tours/ca/san-diego/san-diego/>; o llamando al Departamento de Admisiones al 619-686-4525. También puede obtener asistencia para completar la solicitud de asistencia financiera comunicándose con nuestra Oficina Central Comercial al 888.868.1103.

Puede obtener una copia de nuestra Política de asistencia financiera, del Resumen simplificado y del Formulario de solicitud de forma gratuita. Las copias de nuestra Política de asistencia financiera, del Formulario de solicitud y del Resumen simplificado están disponibles en inglés y español.

2. Si existe una discrepancia entre dos fuentes de información, un representante de Select Specialty Hospital San Diego puede solicitar información adicional para respaldar los ingresos familiares anuales.
3. Si después la persona presenta una solicitud de asistencia financiera completa o se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, se le reembolsará el importe que haya pagado por la atención que exceda del monto que se determine que es personalmente responsable de pagar, a menos que ese monto sea inferior a \$5.

B. Circunstancias excepcionales

El personal de Select Specialty Hospital San Diego iniciará una solicitud para cualquier paciente identificado que haya incurrido o esté en riesgo de incurrir en un saldo alto o que informe una dificultad personal o financiera extrema. El personal de Select Specialty Hospital San Diego recopilará información sobre las circunstancias financieras y las dificultades personales del paciente. Las determinaciones están a cargo del gerente de CBO bajo la dirección del CFO o la persona designada. Se notificará al paciente de la determinación final.

C. Circunstancias médicas especiales

El personal de Select Specialty Hospital San Diego iniciará una solicitud para cualquier paciente identificado durante el proceso de programación o admisión que tenga posibles circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación del médico que está o estaría proporcionando el tratamiento o la atención en cuanto a si el paciente necesita un tratamiento que solo puede proporcionar el personal médico de Select Specialty Hospital San Diego, o que se

beneficiaría de los servicios médicos continuos de Select Specialty Hospital San Diego para la continuidad de la atención. El médico tratante determina las circunstancias médicas especiales. Se notificará al paciente por escrito si no califica para recibir asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

D. Solicitudes incompletas o faltantes

Se notificará a los pacientes de la información faltante en la solicitud y se les dará una oportunidad razonable para proporcionarla.

VI. Proceso de determinación de elegibilidad

A. Entrevista financiera

Un representante de Select Specialty Hospital San Diego intentará comunicarse por teléfono con todos los pacientes sin seguro que soliciten obtener asistencia financiera en el momento de programar una entrevista financiera. El representante solicitará información, incluyendo el tamaño de la familia, las fuentes de ingresos familiares y cualquier otra circunstancia financiera o atenuante que respalde la elegibilidad según esta Política y ayudará a completar una solicitud. En el momento de la cita o de la admisión, se les pedirá a los pacientes que vean al representante de Select Specialty Hospital San Diego y firmen la solicitud.

B. Solicitudes recibidas

Cualquier solicitud, ya sea completada en persona, en línea, entregada o enviada por correo, se enviará a un representante de Select Specialty Hospital San Diego para su evaluación y procesamiento.

C. Determinación de elegibilidad

Un representante de Select Specialty Hospital San Diego evaluará y procesará todas las solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por medio de una carta sobre la determinación de elegibilidad. Los pacientes que califican para menos del 100 % de asistencia financiera recibirán una estimación del monto adeudado y se les pedirá que establezcan arreglos de pago.

- El incumplimiento del proceso de selección de asistencia financiera y cobertura de Medicaid de Select Specialty Hospital San Diego excluirá a los pacientes de la elegibilidad de asistencia financiera.
- Se realizarán modificaciones a los descuentos otorgados antes si la información posterior indica que la información dada a Select Specialty Hospital San Diego es incorrecta.

Como se usa en este documento, el “monto generalmente facturado” tiene el significado establecido en el IRC §501(r)(5) y cualquier reglamentación o directriz emitidas por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o el Servicio de

Impuestos Internos que define ese término. Consulte el Anexo A para obtener una explicación detallada de cómo se calcula el “monto generalmente facturado”. El Anexo A se actualiza anualmente y también está disponible en línea en <https://www.selectspecialtyhospitals.com/locations-and-tours/ca/san-diego/san-diego/>, en nuestras áreas de admisiones y solicitándolo a un representante de Select Specialty Hospital San Diego.

Una vez que Select Specialty Hospital San Diego haya determinado que un paciente es elegible para asistencia financiera basada en ingresos, esa determinación es válida por noventa (90) días a partir de la fecha de revisión de la elegibilidad. Después de noventa (90) días, el paciente puede completar una nueva solicitud para pedir asistencia financiera adicional.

VII. Base para calcular los montos cobrados a los pacientes, el alcance y la duración de la asistencia financiera

Los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera basada en ingresos según la Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos:

Elegibilidad para el descuento del 100 % en atención de caridad para pacientes sin cobertura de terceros

- A. Si los ingresos familiares anuales del paciente son de hasta el 200 % de la FPG, recibirá atención gratuita o una cancelación del 100 % de la responsabilidad del paciente por los servicios prestados. Los criterios y el proceso para determinar la elegibilidad de un paciente para la atención de caridad son los siguientes:
 - 1. Se verifica que los ingresos familiares del paciente no excedan el 200 % del FPL con la declaración de impuestos federales más reciente presentada o los comprobantes de pago recientes.
 - 2. No se cuentan los primeros \$10,000 de activos monetarios (activos líquidos) para determinar la elegibilidad.
 - 3. Solo se cuenta el 50 % de los activos monetarios (activos líquidos) del paciente por encima de los primeros \$10,000 para determinar la elegibilidad.
 - 4. Las cuentas de jubilación y los planes de compensación diferida definidos por el IRS (calificados o no calificados) no se consideran activos monetarios y se excluyen de la consideración.
 - 5. Los activos que estén por encima de las cantidades excluidas por ley se considerarán como activos superiores al límite permitido y pueden generar la denegación de descuentos para la atención de caridad.
 - 6. Los pacientes con costos médicos elevados y sin cobertura de terceros cuyos ingresos familiares sean de hasta el 200 % del FPL calificarán para el 100 % de atención de caridad.

7. A los pacientes con costos médicos elevados se los evaluará mensualmente para determinar la elegibilidad, y su estado será válido para el mes actual o el mes de servicio más reciente, retroactivo a doce meses de servicio.

Elegibilidad para el descuento parcial en atención de caridad para pacientes sin cobertura de terceros

1. Si el paciente no tiene cobertura y los ingresos familiares anuales son superiores al 200 %, pero inferiores al 400 % del FPG, puede tener una cancelación parcial de los cargos facturados elegibles. El paciente también puede ser elegible para recibir tarifas de descuento según cada caso con base en circunstancias específicas, como enfermedad catastrófica o indigencia médica, a criterio de Select Specialty Hospital San Diego.
2. Todos los pacientes que soliciten un descuento en atención de caridad deben completar la Declaración de dificultades del paciente.
3. Los ingresos familiares del paciente se verificarán con la declaración de impuestos federales más reciente presentada o los comprobantes de pago recientes.
4. Una vez que se determine que los ingresos familiares del paciente están entre el 201 % y el 400 % del FPL, se considerarán activos monetarios (activos que se pueden convertir fácilmente en efectivo, como cuentas bancarias y acciones negociadas públicamente) en la determinación de elegibilidad para el descuento en la atención de caridad.
5. Los pagos con descuento se limitarán al monto más alto de Medicare o Medi-Cal.

Elegibilidad para el descuento parcial en atención de caridad para pacientes con costos médicos elevados y con cobertura de terceros

Pacientes con costos médicos elevados y cobertura de terceros cuyos ingresos familiares estén entre el 201 % y el 400 % del FPL.

Se requiere que el paciente proporcione un comprobante de pago de los costos médicos. Es probable que se verifique el comprobante de pago.

Se debe completar el Formulario de información financiera del paciente para todos los pacientes que soliciten un descuento en atención de caridad. Se debe evaluar mensualmente a los pacientes con costos médicos elevados para justificar con precisión los costos médicos de los doce (12) meses anteriores.

Los ingresos familiares del paciente se verificarán con la declaración de impuestos federales más reciente presentada o los comprobantes de pago recientes para confirmar que los ingresos familiares del paciente se encuentren entre el 201 % y el 400 % del FPL.

Una vez que se determine que los ingresos están entre el 201 % y el 400 % del FPL, no se considerarán activos en la determinación para un descuento en la atención de caridad. La elegibilidad se basará únicamente en la calificación de ingresos familiares del paciente.

Los pagos con descuento se limitarán al monto más alto de Medicare o Medi-Cal.

Se negociará un plan de pago entre Select Speciality Hospital San Diego y el paciente, y se tendrán en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos esenciales. Si Select Specialty Hospital San Diego y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre el plan de pago, Select Specialty Hospital San Diego usará la fórmula descrita en la definición de “Plan de pago razonable”, Sección II(J). Se les puede ofrecer a los pacientes un plan de pago extendido. Los planes de pago extendidos no tendrán intereses. La duración estándar del plan de pago será de doce (12) meses. De manera excepcional, se pueden proporcionar planes de pago más largos.

VIII. Determinación de elegibilidad para asistencia financiera antes de la acción por falta de pago

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la asistencia financiera

Select Specialty Hospital San Diego busca determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia según esta Política antes o en el momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera antes del alta o del servicio, Select Specialty Hospital San Diego facturará por la atención. Si el paciente está asegurado, Select Specialty Hospital San Diego le facturará a la aseguradora del paciente los cargos incurridos. Después de la adjudicación de la aseguradora del paciente, cualquier responsabilidad restante por parte del paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro, Select Specialty Hospital San Diego le facturará directamente al paciente los cargos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días a partir del alta del paciente, que se entregarán en la dirección que esté en el expediente del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de facturación incluyen un resumen simplificado de esta Política y cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de la Política en el momento de la admisión y en comunicaciones escritas y orales con el paciente en relación con la factura del paciente, un esfuerzo por notificar a la persona por teléfono de la Política y el proceso para solicitar asistencia al menos 30 días antes de tomar medidas para iniciar cualquier demanda y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para asistencia según esta Política presentada en un plazo de 240 días posteriores al primer estado de cuenta con respecto al saldo pendiente o, si es posterior, la fecha en que una agencia de cobro que trabaja en nombre de Select Specialty Hospital San Diego devuelve el saldo pendiente de pago al Hospital.

B. Acciones de cobro para saldos pendientes

Si un paciente está intentando calificar para la elegibilidad bajo la política de atención de caridad del hospital e intenta liquidar la factura pendiente de buena fe, el hospital no enviará la factura impaga a ninguna agencia de cobro u otro cesionario a menos que esa entidad haya acordado cumplir con esta política.

Si un paciente tiene un saldo pendiente después de que se hayan enviado hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días, el saldo del paciente se remitirá a una agencia de cobro que representa a Select Specialty Hospital San Diego, quién demandará el pago. Las agencias que asistan al hospital:

- a. No deben usar la información obtenida como parte del proceso de solicitud de atención de caridad para las actividades de cobro.
- b. No deben declarar información adversa a una agencia de informes de crédito para consumidores ni iniciar acciones legales civiles contra el paciente por falta de pago en ningún momento antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial.
- c. No deben usar embargos de sueldo, excepto por orden del tribunal después de una petición notificada, respaldada por una declaración del solicitante que identifique las bases por las que cree que el paciente tiene la capacidad de realizar pagos sobre el juicio bajo el embargo de sueldo, que el tribunal considerará en relación con el monto del juicio y la información adicional proporcionada por el paciente antes o durante la audiencia respecto a su capacidad de pago, incluyendo información sobre los probables gastos médicos futuros basados en la condición actual y en otras obligaciones del paciente.
- d. No deben colocar gravámenes sobre residencias principales.
- e. Deben cumplir con la definición y la aplicación del Plan de pago razonable, según lo definido en la Sección II(J).

Las agencias de cobro que representan a Select Specialty Hospital San Diego tienen la capacidad de realizar el cobro por hasta 18 meses desde el momento en que se envía el saldo pendiente a la agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera de conformidad con esta Política incluso después de que el saldo pendiente del paciente se haya remitido a una agencia de cobro. Después de que hayan transcurrido al menos 120 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta, que muestre los cargos pendientes de pago, y en cada caso particular, Select Specialty Hospital San Diego puede solicitar el cobro mediante una demanda cuando un paciente tenga un saldo impago y no coopere con las solicitudes de información o pago de Select Specialty Hospital San Diego o una agencia de cobro que trabaje en su nombre.

En ningún caso se retrasará o negará la atención médicamente necesaria a un paciente antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente puede calificar para recibir asistencia financiera. En Select Specialty Hospital San Diego, un representante se comunicará con el paciente no asegurado que busca programar nuevos servicios y no se presume elegible para recibir

asistencia financiera, quien lo notificará sobre la Política y lo ayudará a iniciar una solicitud de asistencia financiera, si lo solicita.

C. Venta de deuda a comprador de deuda

El hospital no venderá la deuda del paciente a ningún comprador de deuda, según lo definido en la Sección 1788.50 del Código Civil, a menos que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- a. Que el hospital haya determinado que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera o que el paciente no haya respondido a los intentos de facturar u ofrecer asistencia financiera durante 180 días.
- b. Que el hospital incluya un lenguaje contractual en el acuerdo de venta en el que el comprador de la deuda acepte devolver, y el hospital acepte recibir, cualquier cuenta en la que se haya determinado que el saldo es incorrecto debido a la disponibilidad de un pagador de terceros, incluyendo un plan de salud o programa de cobertura de salud gubernamental, o el paciente sea elegible para atención de caridad o asistencia financiera.
- c. Que el comprador de la deuda acepte no revender ni transferir de ninguna otra manera la deuda del paciente, excepto al hospital de origen o a una organización exenta de impuestos descrita en la Sección 127444, o si el comprador de la deuda se venda o fusione con otra entidad.
- d. Que el comprador de la deuda acepte no cobrar intereses o tarifas sobre la deuda del paciente.
- e. Que el comprador de la deuda esté licenciado como cobrador de deudas por el Departamento de Protección Financiera e Innovación.

D. Revisión y aprobación

El representante de Select Specialty Hospital San Diego tiene la autoridad para revisar y determinar si se han realizado esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia de acuerdo con la Política, de modo que las acciones extraordinarias de cobro por un saldo impago puedan comenzar.

IX. Médicos no cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobro de deuda de Select Specialty Hospital San Diego

Ciertos servicios están prestados por médicos que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera de Select Specialty Hospital San Diego. Estos servicios pueden estar cubiertos por la política de asistencia financiera de Scripps Health System, disponible en línea en [Scripps.org/FAP](https://www.scripps.org/FAP).

Los médicos que trabajan en Select Specialty Hospital San Diego que *no* están cubiertos por esta Política se identifican en el **Anexo B, Lista de proveedores**. La lista se actualiza anualmente y también está disponible en línea en <https://www.selectspecialtyhospitals.com/locations-and-tours/ca/san-diego/san-diego/>, en nuestras áreas de admisiones y solicitándola a un representante de Select Specialty Hospital San Diego.