

Política de asistencia financiera y cobranza de deuda

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2024

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

Referencias/requisitos reguladores:

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

Asistencia financiera y política de cobranza de deuda

La política de California Rehabilitation Institute es brindar atención médicamente necesaria (Medically Necessary Care) a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no tengan los medios para pagar los servicios brindados en California Rehabilitation Institute pueden solicitar asistencia financiera, que se otorgará según los términos y las condiciones establecidos a continuación.

I. Antecedentes

- A. California Rehabilitation Institute es un hospital de rehabilitación para pacientes internos que es dirigido y administrado de una manera que generalmente es congruente con los requisitos de la sección 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y las instituciones de caridad de conformidad con la ley estatal.
- B. California Rehabilitation Institute se compromete a proporcionar atención médicamente necesaria. La “atención médicamente necesaria” se brinda a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago.
- C. Los principales beneficiarios de la política de asistencia financiera y cobranza de deuda son pacientes no asegurados o pacientes con costos médicos elevados que residen dentro del área de servicio del California Rehabilitation Institute (dentro de un radio de 50 millas alrededor del centro), y cuyos ingresos familiares anuales no superen el 400 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPG) publicadas cada cierto tiempo por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) y vigentes en la fecha de servicio para la asistencia financiera de conformidad con esta Política. Los pacientes que experimentan dificultades financieras o personales o circunstancias médicas especiales también pueden calificar para recibir asistencia. En ninguna circunstancia se cobrará más de los montos generalmente facturados (amounts generally billed) 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 California Rehabilitation Institute para la obtención de asistencia financiera u otras formas de pago y que contribuyan con los costos de su atención según su capacidad individual de pago.

II. Definiciones

- A. El “ingreso familiar anual” (Annual Family Income) se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo (Census Bureau), que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:
- Incluye las ganancias, compensación por desempleo, indemnización laboral, 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 su familia inmediata, los ingresos familiares anuales incluyen el ingreso de todos los miembros de la familia.
- B. “Solicitud” (Application) refiere al proceso de solicitud según esta política, ya sea mediante (a) llenar la solicitud de asistencia financiera de California Rehabilitation Institute en persona, en línea o por teléfono con un representante; o (b) por correo postal o al entregar una copia de la solicitud llena en papel a California Rehabilitation Institute.
- C. “CBO” significa Oficina Central de Facturación y Cobros (Central Billing and Collections Office).
- D. “Familia” (Family) se refiere a los pacientes de 18 años o más, su cónyuge o pareja de hecho, según lo define la Sección 297 del Código de Familia y a los hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no. En el caso de los pacientes menores de 18 años, “familia” se refiere a padre, madre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre, de la madre o del pariente cuidador.
- E. “FPG” se refiere a las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza publicadas cada cierto tiempo por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y vigentes en la fecha de servicio.
- F. Se define al “paciente con costos médicos elevados” (High Medical Cost Patient) de la siguiente manera:
- i. No es un paciente con pago propio (tiene cobertura de terceros)
 - ii. El ingreso familiar del paciente es inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
 - iii. Los costos 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.

- G. Los “pacientes asegurados” (Insured Patients) son personas que tienen algún seguro de salud privado o gubernamental.
- H. La “atención médicamente necesaria” se refiere a aquellos servicios , según lo define Medicare, que son razonables y necesarios para diagnosticar y proporcionar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para afecciones físicas o mentales, de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y generalmente aceptados en el momento en que se brindan los servicios. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- I. “Política” (Policy) se refiere a la presente Política de asistencia financiera y cobranza de deuda vigente actualmente.
- J. “Plan de pago razonable” (Reasonable payment plan) abarca los pagos mensuales que no exceden más del 10 % del ingreso familiar mensual del paciente por un mes, excluidas las deducciones por gastos de subsistencia esenciales. Para los propósitos de esta subdivisión, “gastos de subsistencia esenciales” (Essential living expenses) 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 a plazos, lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.
- K. Los “pacientes sin seguro” (Uninsured Patients) son personas: (i) que no tienen seguro de salud gubernamental 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.
- L. Los “pacientes de pago propio” (Self-Pay Patients) son personas que no tienen cobertura de terceros por parte de un seguro médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare ni Medicaid, y cuyas lesiones no son compensables para los propósitos de indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro según la determinación y documentación del hospital. Entre los pacientes de pago propio se pueden incluir a los pacientes de caridad.
- M. El “paciente de caridad” (Charity Care patient) es un paciente de pago propio o un paciente con costos médicos elevados que es elegible financieramente.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relacionada con los servicios médicos de emergencia: no se proporcionan servicios de emergencia en California Rehabilitation Institute.
- B. Cobertura de medicamentos recetados: los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden calificar para uno de los programas de asistencia al paciente que ofrecen las compañías farmacéuticas.

IV. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que buscan atención en California Rehabilitation Institute que cumplen 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 exceden el 400 % del FPG,
2. que buscan atención médicamente necesaria para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, y
3. que viven en el área de servicio de California Rehabilitation Institute (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 California Rehabilitation Institute o que se beneficiarían de los servicios médicos continuos de California Rehabilitation Institute 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 hecha por el gerente de la CBO.

C. Evaluación de Medicaid: un representante puede contactar a los pacientes sin seguro que buscan atención en California Rehabilitation Institute para determinar si pueden calificar para Medicaid o algún otro programa estatal 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 busque asistencia financiera basada en los ingresos en cualquier momento en el proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que proporcione información sobre el ingreso familiar anual para el período de tres meses o doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Los servicios de verificación de ingresos de terceros se pueden usar como evidencia de ingresos familiares anuales. La solicitud de asistencia financiera se puede encontrar en nuestras áreas de admisión, en línea en www.californiarehabinstitute.com o

mediante un representante en la oficina de admisiones de nuestro centro.

2. Si existe una discrepancia entre dos fuentes de información, un representante de California Rehabilitation Institute puede solicitar información adicional para respaldar el ingreso familiar anual.

B. Circunstancias excepcionales

El personal de California Rehabilitation Institute 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 California Rehabilitation Institute recopilará información sobre las circunstancias financieras y las dificultades personales del paciente.

C. Circunstancias médicas especiales

El personal de California Rehabilitation Institute iniciará una Solicitud para cualquier paciente identificado que tenga posibles circunstancias médicas especiales durante el proceso de programación o admisión, y un representante solicitará una recomendación del médico que esté 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 California Rehabilitation Institute, o que se beneficiaría de los servicios médicos continuos de California Rehabilitation Institute para la continuidad de la atención. El médico tratante determina las circunstancias médicas especiales con la dirección del director médico.

D. Solicitudes incompletas o faltantes

Los pacientes serán notificados 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 California Rehabilitation Institute intentará comunicarse por teléfono con todos los pacientes sin seguro que soliciten obtener asistencia financiera al momento de programar una entrevista financiera. El representante solicitará información, lo que incluye 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. Al momento de la cita o de la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante de California Rehabilitation Institute 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 California Rehabilitation Institute para su evaluación y procesamiento.
- C. Determinación de elegibilidad: un representante de California Rehabilitation Institute evaluará y procesará todas las solicitudes de asistencia financiera. El paciente será notificado por medio de una carta sobre la determinación de elegibilidad.
 - El incumplimiento del proceso de selección de asistencia financiera y

cobertura de Medicaid de California Rehabilitation Institute excluirá a los pacientes de la elegibilidad de asistencia financiera.

- Se harán modificaciones a los descuentos otorgados anteriormente si la información posterior indica que la información proporcionada a California Rehabilitation Institute es incorrecta.

Como se usa en este documento, el “monto generalmente facturado” (“amount generally billed”) tiene el significado establecido en el IRC §501(r)(5) y cualquier regulación o lineamientos emitidos 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 apéndice A se actualiza anualmente y también está disponible en línea en www.californiarehabinstitute.com en nuestras áreas de admisión y, a pedido del interesado, solicitándolo a un representante de California Rehabilitation Institute.

Una vez que California Rehabilitation Institute haya determinado que un paciente es elegible para recibir 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 buscar 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 los 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 es 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 (ya sean 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. Los pacientes con costos médicos elevados serán evaluados 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 con descuento en cada caso particular, según las circunstancias específicas, como enfermedades catastróficas o indigencia médica, a discreción de California Rehabilitation Institute.
2. Todos los pacientes que soliciten un descuento en atención de caridad deben llenar la Declaración de dificultades del paciente (Patient Hardship Disclosure).
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

1. Pacientes con costos médicos elevados y cobertura de terceros cuyos ingresos familiares estén entre el 201 % y el 400 % del FPL.
2. Se requiere que el paciente proporcione un comprobante de pago de los costos médicos. Es probable que se verifique el comprobante de pago.
3. Se debe llenar el Formulario de información financiera del paciente (Patient Financial Information Form) 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.

4. 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.
5. 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.
6. Los pagos con descuento se limitarán al monto más alto de Medicare o Medi-Cal.
7. Se negociará un plan de pago entre California Rehabilitation Institute y el paciente, y se tendrán en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos de subsistencia esenciales. Si California Rehabilitation Institute y el paciente no pueden acordar el plan de pago, California Rehabilitation Institute utilizará 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

California Rehabilitation Institute busca determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia bajo 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, California Rehabilitation Institute facturará por la atención. Si el paciente está asegurado, California Rehabilitation Institute le facturará a la aseguradora del paciente por 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, California Rehabilitation Institute 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 de que el paciente haya sido dado de alta y la entrega se hará a la dirección registrada del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de facturación incluyen un resumen en términos sencillos de esta Política y cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de la Política al momento de la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente con respecto a la factura del paciente, un intento por notificar a la persona por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia al menos 30 días antes de tomar medidas para iniciar cualquier acción de cobro extraordinaria y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera según esta Política presentada en un

plazo de 240 días después del primer estado de cuenta con respecto al saldo pendiente o, si es posterior, la fecha en que una agencia de cobranza que trabaja en nombre de California Rehabilitation Institute devuelve el saldo pendiente al hospital.

B. Acciones de cobro para saldos impagos

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 cobranza 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 cobranza que representa a California Rehabilitation Institute, la cual demandará el pago. Las agencias que asistan al hospital no deben incurrir en lo siguiente:

- a. Utilizar la información obtenida como parte del proceso de solicitud de atención de caridad para las actividades de cobro.
- b. 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. Utilizar embargos de sueldo, excepto por orden del tribunal después de una petición notificada, respaldada por una declaración presentada por el solicitante y que identifique las bases por las cuales cree que el paciente tiene la capacidad de realizar pagos sobre el juicio bajo el embargo de sueldo, lo cual el tribunal considerará en relación al monto del juicio y la información adicional proporcionada por el paciente antes de la audiencia o durante ella respecto a su capacidad de pago, incluida la información sobre los probables gastos médicos futuros basados en la afección actual del paciente y otras obligaciones del paciente.
- d. Colocar gravámenes sobre residencias principales.
- e. Las agencias que asistan al hospital deben cumplir con la definición y la aplicación del Plan de pago razonable, según lo definido en la Sección II(J).

Las agencias de cobranza que representan a California Rehabilitation Institute tienen la capacidad de realizar la cobranza por hasta 18 meses desde el momento en que se envía el saldo pendiente a la agencia de cobranza. Un paciente puede solicitar asistencia financiera de conformidad con esta Política incluso después de que el saldo pendiente del paciente haya sido remitido a una agencia de cobranza. Después de que hayan transcurrido al menos 180 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta que muestre los cargos pendientes de pago, y en cada caso particular, California Rehabilitation Institute 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 California Rehabilitation Institute o una agencia de cobranza 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 California Rehabilitation Institute, un paciente no asegurado que busca programar nuevos servicios y no se presume elegible para recibir asistencia financiera, será contactado por un representante que le notificará sobre la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera, si este 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 facturación o a los ofrecimientos de asistencia financiera durante 180 días.
- b. Que el hospital incluya un lenguaje contractual en el acuerdo de venta en el que el comprador de 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, incluido 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 deuda acuerde no revender ni transferir de ninguna otra manera la deuda del paciente, excepto al hospital originario o a una organización exenta de impuestos descrita en la Sección 127444, o en el caso de que el comprador de deuda se venda o fusione con otra entidad.
- d. Que el comprador de deuda acuerde no cobrar intereses o tarifas sobre la deuda del paciente.
- e. Que el comprador de deuda esté licenciado como cobrador de deudas por el Departamento de Protección Financiera e Innovación.

D. Revisión y aprobación

El representante de California Rehabilitation Institute 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 cobranza de deuda de California Rehabilitation Institute

Ciertos servicios son prestados por médicos que no son empleados de Cedars-Sinai Medical Center ni de UCLA Health. Por lo tanto, esos servicios no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobranza de deuda de California Rehabilitation Institute. Sin embargo, los servicios de dichos médicos pueden estar cubiertos por las políticas de asistencia financiera de Cedars-Sinai Medical Center o UCLA Health.

Los médicos que trabajan en California Rehabilitation Institute y no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobranza de deuda de California Rehabilitation Institute se identifican en el **anexo B, Lista de proveedores**, por nombre. Esta lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en línea en www.californiarehabinstitute.com, en nuestras áreas de admisiones y a solicitud con un representante de California Rehabilitation Institute.