

Política financiera: Sustituye a la política	FECHA DEL PROYECTO DE LAPOLÍTICA 28 de julio de 2015 Fecha de vigencia: Fecha de la aprobación final: Fecha de revisión: 31 de diciembre de 2015 Siguiete fecha de revisión: 1 de enero de 2019
	Propietario: Jeff Sprague, Director General Financiero
	Área de la política: Finanzas
	Referencias:
<b>POLÍTICA SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA (ATENCIÓN DE CARIDAD)</b>	

## PROPÓSITO

La política tiene como propósito proporcionar a los pacientes información sobre la Asistencia financiera (Atención de caridad) disponible en los centros hospitalarios de Sutter Health y describir el proceso utilizado para determinar los requisitos para recibir Asistencia financiera.

## POLÍTICA

Sutter Health tiene como política ofrecer a los pacientes información escrita comprensible relativa a la Asistencia financiera basada en los ingresos (Atención de caridad) a pacientes calificados.

## ALCANCE

Esta política se aplica a todos los centros hospitalarios autorizados operados por Sutter Health o una Entidad afiliada (tal y como se define el término en el reglamento de Sutter Health) y todos los demás hospitales en los que Sutter Health y/o una Entidad afiliada tenga control de votación directo o indirecto o participación en el capital superior al 50 % (denominada en adelante el "Hospital" u "Hospitales de Sutter Health" [como se indica en el Apéndice G]). A menos que se especifique otra cosa, esta política no se aplica a médicos u otros proveedores médicos, incluidos médicos de salas de emergencia, anestesistas, radiólogos, médicos de hospital, patólogos, etc., cuyos servicios no se incluyen en una factura del Hospital. Esta política no crea ninguna obligación para que el Hospital pague los servicios de esos médicos u otros proveedores médicos. En California, el médico de emergencias que ofrece servicios de emergencia en un hospital deberá ofrecer descuentos a pacientes sin seguro que tienen costos médicos altos y están dentro o por debajo del 350 % del nivel federal de pobreza.

## DEFINICIONES

**Servicios complejos/especializados:** "Servicios complejos/especializados" son servicios que Sutter Health o un Hospital determina que son complejos y especializados (por ej.: trasplantes, servicios experimentales y de investigación) así como determinados servicios opcionales que por lo general se excluyen de la cobertura con arreglo a acuerdos de cobertura de planes de salud (por ej.: procedimientos cosméticos).

**Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés):** El "Nivel Federal de Pobreza" o "FPL" es la medida del nivel de ingresos que publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) y la utilizan los Hospitales para determinar los requisitos para recibir Asistencia financiera.

**Asistencia financiera:** La "Asistencia financiera" se refiere a la Atención de caridad total y a la Atención de caridad por costos médicos altos (según se describe en la sección A.1 Criterios de calificación).

**Servicios de hospital:** Los “Servicios de hospital” son todos los servicios que un Hospital está autorizado a proporcionar, incluida la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria (sin incluir los Servicios complejos/especializados).

**Idioma principal del área de servicio del hospital:** El “Idioma principal del área de servicio del hospital” es un idioma empleado por 1,000 personas o el 5% de la comunidad atendida por el Hospital, lo que sea menor, con base en la Evaluación más reciente de las necesidades comunitarias en materia de salud realizada por el Hospital.

**Paciente sin seguro:** Un “Paciente sin seguro” es un paciente que no tiene fuente de pago de terceros para ninguna parte de sus gastos médicos, incluidos, entre otros, un seguro comercial u otro seguro, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o responsabilidad de terceros y pacientes cuyos beneficios con arreglo a todas las fuentes posibles de pago se hayan agotado antes de ingresar al hospital.

**Paciente asegurado:** Un “Paciente asegurado” es un paciente que tiene una fuente de pago de terceros para ninguna parte de sus gastos médicos, pero se excluyen los pacientes que tienen cobertura de Medi-Cal.

**Responsabilidad del paciente:** La “Responsabilidad del paciente” es el importe que un Paciente asegurado tiene la responsabilidad de pagar de modo directo después de que la cobertura de terceros del paciente haya determinado el importe de los beneficios del paciente.

## PROCEDIMIENTOS

### A. CALIFICACIÓN

1. **Criterios de calificación:** Durante el proceso de solicitud establecido en las secciones B y C más adelante, los Hospitales deberán aplicar los siguientes criterios de calificación para recibir Asistencia financiera:

Categoría de asistencia financiera	Criterios de calificación del paciente	Descuento disponible
<b>ATENCIÓN DE CARIDAD TOTAL</b>	El Paciente es un Paciente sin seguro con Ingresos familiares (como se define más adelante) iguales o por debajo del 400 % del FPL más reciente.	Condonación total de todos los cargos por Servicios de hospital
<b>ATENCIÓN DE CARIDAD POR COSTOS MÉDICOS ALTOS (en Pacientes asegurados)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Paciente es un Paciente asegurado con Ingresos familiares (como se define más adelante) iguales o por debajo del 400 % del FPL más reciente;</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. los gastos médicos propios o de su familia (efectuados en el Hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente.</li> </ol>	Una deducción del importe de la Responsabilidad del paciente por Servicios de hospital

2. Cálculo de los ingresos familiares: Para determinar si un paciente califica para recibir Asistencia financiera, el Hospital deberá calcular primero los Ingresos familiares del paciente de la siguiente manera:
  - a) Familia del paciente: La Familia del paciente se determinará de la siguiente manera:
    - (i) Pacientes adultos: En el caso de los pacientes mayores de 18 años de edad, la Familia del paciente incluye su cónyuge, la pareja conviviente e hijos a cargo menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en casa o no.
    - (ii) Pacientes menores de edad: En el caso de los pacientes menores de 18 años de edad, la Familia del paciente incluye a los padres, parientes encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años de edad de los padres o parientes encargados del cuidado.
  - b) Prueba de los ingresos familiares: El paciente únicamente deberá proporcionar talonarios de pago o declaraciones de impuestos como prueba de ingresos. Los Ingresos familiares son los ingresos anuales de todos los miembros de la Familia del paciente durante los últimos 12 meses o del año fiscal anterior según se muestra en recibos de pago recientes o declaraciones de impuestos sobre ingresos, menos los pagos realizados por pensión alimenticia o manutención de hijos. Los ingresos de este cálculo incluyen toda forma de ingresos, por ej.: salarios y sueldos, ingresos por jubilación, transferencias gubernamentales cuasi monetarias como cupones para alimentos y ganancias de inversiones. Los ingresos anuales se pueden determinar anualizando los Ingresos familiares del año hasta la fecha. Sutter puede validar ingresos al usar proveedores de servicios de elegibilidad presuntiva externos, proporcionado en la medida en que dicho servicio únicamente determine elegibilidad usando solo información permitida por esta política.
  - c) Cálculo de los Ingresos familiares en Pacientes fallecidos: Para fines del cálculo de los Ingresos familiares, podría considerarse que los pacientes fallecidos sin cónyuge sobreviviente carecen de ingresos. En el caso de los pacientes fallecidos, no se necesita documentación de los ingresos; sin embargo, podría ser necesaria la documentación de los bienes del acervo hereditario. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido puede solicitar Asistencia financiera
3. Cálculo de los Ingresos familiares como Porcentaje del FPL: Después de determinar los Ingresos familiares, el Hospital calculará el nivel de Ingresos familiares en comparación con el FPL, expresado como porcentaje del FPL. Por ejemplo, si el nivel federal de pobreza de una familia de tres miembros es \$20,000 y los Ingresos familiares del paciente son \$60,000, el Hospital calculará que los Ingresos familiares del paciente son el 300 % del FPL. Los hospitales usarán este cálculo durante el proceso de aplicación para determinar si un paciente cumple los criterios de ingreso para recibir Asistencia financiera.
4. Circunstancia especial – Beneficios agotados durante la hospitalización: Cuando la cobertura de terceros del Paciente asegurado pague únicamente una parte del reembolso esperado de la hospitalización del paciente porque el paciente agotó sus beneficios durante la hospitalización, el Hospital deberá cobrarle al paciente el saldo del reembolso esperado que se habría adeudado de la cobertura de terceros si no se hubieran agotado los beneficios. El Hospital no le exigirá al paciente los importes que superen el importe que habría adeudado de la cobertura de terceros si no se hubieran agotado los beneficios, más el costo compartido o coaseguro del paciente. El paciente que supere su límite de beneficios durante una hospitalización puede solicitar Asistencia financiera. Si el paciente califica para recibir Asistencia financiera, el Hospital

condonará todos los cargos por servicios que haya prestado el Hospital después de que el paciente exceda el límite de beneficios.

5. Exclusiones/Impedimento para recibir Asistencia financiera: Conforme a esta política, la Asistencia financiera no está disponible en las siguientes circunstancias:
- a) El Paciente sin seguro solicita Servicios complejos/especializados: Por lo general, los Pacientes sin seguro que solicitan servicios complejos/especializados (por ej.: trasplantes, procedimientos experimentales o de investigación) y esperan recibir Asistencia financiera por dichos servicios, deberán obtener la aprobación administrativa de la persona responsable de las finanzas en el hospital (o su representante) antes de que se presten esos servicios, a fin de calificar para recibir la Asistencia financiera. Los hospitales deberán desarrollar un proceso para que los pacientes soliciten la aprobación administrativa previa por los servicios que la exijan. Los servicios opcionales que suelen excluirse de los acuerdos de cobertura de planes médicos (por ej.: procedimientos cosméticos) no califican para recibir Asistencia financiera.
  - b) Pacientes de Medi-Cal con Costo compartido: Los pacientes de Medi-Cal que son responsables de pagar costo compartido no califican para solicitar Asistencia financiera para reducir el importe del Costo compartido adeudado. Los hospitales tratarán de cobrar esos importes a los pacientes.
  - c) El paciente rehúsa los servicios cubiertos: El Paciente asegurado que decide solicitar servicios que no están cubiertos con arreglo al acuerdo de beneficios del paciente (como un paciente HMO que solicita servicios fuera de la red de Sutter, o un paciente que rechaza ser transferido desde un hospital de Sutter a un centro de la red) no califica para recibir Asistencia financiera.
  - d) El Paciente asegurado no colabora con el tercero pagador: El Paciente asegurado que está asegurado por un tercero pagador que se niega a pagar los servicios porque el paciente no le proporcionó la información necesaria para determinar la responsabilidad de dicho tercero pagador no califica para recibir Asistencia financiera.
  - e) El pagador le paga directamente al paciente: Si el paciente recibe el pago de los servicios directamente de una indemnización, un seguro complementario a Medicare u otro pagador, el paciente no califica para recibir asistencia financiera por los servicios.
  - f) Falsificación de la información: Los hospitales pueden negarse a proporcionar Asistencia financiera a pacientes que falsifican la información relativa a los Ingresos familiares, tamaño del hogar u otra información es su solicitud de calificación.
  - g) Recuperaciones de terceros: Si el paciente recibe una compensación financiera o se le adjudica en juicio una suma por parte del tercero autor del daño que ocasionó la lesión, podrá utilizar la compensación o la suma adjudicada para pagar los saldos de sus cuentas y no calificará para recibir Asistencia financiera.
  - h) Servicios (médicos) profesionales: Servicios de médicos, tales como anestesistas, radiólogos, médicos de hospital, patólogos, etc., que no están cubiertos conforme a esta política. En el Anexo A se señalan las excepciones. Numerosos médicos tienen políticas de atención de caridad que les permiten a los pacientes solicitar atención gratuita o con descuento. Los pacientes deberán solicitar directamente a su médico la información relativa a la política de atención de caridad de médicos.

## **B. PROCESO DE SOLICITUD**

1. Cada Hospital hará todo lo posible para que el paciente o su representante proporcionen información sobre si el seguro médico público o privado podría cubrir total o parcialmente los cargos por la atención que preste el Hospital al paciente. Al paciente que manifieste en cualquier momento que no tiene la capacidad financiera para pagar una factura por Servicios de hospital, se le evaluará para determinar si califica para recibir Asistencia financiera. Para poder calificar como Paciente sin seguro, el paciente o su garante deberán verificar que no tienen conocimiento de algún derecho a beneficios de un programa gubernamental o de seguros que podría cubrir o implicar un descuento en la factura. Debe recomendarse a todos los pacientes que investiguen sus posibilidades de calificar para recibir asistencia a programas gubernamentales, en caso de que aún no lo hayan hecho.
2. Los pacientes que deseen solicitar Asistencia financiera utilizarán el formulario de solicitud estandarizado de Sutter Health, "Solicitud de asistencia financiera", que figura en el Anexo B.
3. Los pacientes pueden solicitar ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera en los hospitales de Sutter Health que aparecen en el Anexo A, por teléfono al 855-398-1633, a través del correo postal o mediante el sitio web de Sutter Health ([www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org)).
4. Los pacientes deberán enviar la Solicitud de asistencia financiera a Sutter Health, P. O. Box 619010, Roseville, CA95661-9998 Attn: Charity Care Application.
5. Los pacientes deberán completar la Solicitud de asistencia financiera lo antes posible después de recibir los Servicios de hospital. Si no se completa y remite la solicitud en el plazo de 240 días a partir de la fecha en que el Hospital envíe la factura al paciente después del alta del hospital, puede dar lugar a la denegación de la Asistencia financiera.

## **C. DETERMINACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA**

1. El Hospital considerará la Solicitud de asistencia financiera de cada solicitante y otorgará Asistencia financiera cuando el paciente cumpla los criterios de calificación señalados en la sección A.1 y haya recibido (o reciba) los Servicios de hospital.
2. Los pacientes también pueden solicitar ayuda de programas gubernamentales, lo que es recomendable si el paciente necesita servicios continuos.
  - a) El Hospital deberá ayudar a los pacientes a determinar si califican para recibir asistencia gubernamental o de otro tipo, o si el paciente califica para inscribirse en planes en California Health Benefit Exchange (Intercambio de Beneficios de Salud de California) (por ej.: Covered California).
  - b) El hecho de que un paciente presente una solicitud o tenga una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita Asistencia financiera, la solicitud de cobertura conforme a otro programa de cobertura de salud no impedirá que el paciente califique para recibir Asistencia financiera.
3. Una vez se haya hecho una determinación sobre la Atención de caridad total o Atención de caridad por costos médicos altos, se enviará un "Formulario de notificación" (Anexo D) a cada solicitante para informarles la decisión del Hospital.
4. Se presume que los pacientes califican para recibir Asistencia financiera durante un periodo de un año después de que el Hospital le extienda al paciente el Formulario de notificación. Después de un año, los pacientes deberán volver a solicitar Asistencia financiera.

5. Si la determinación sobre la Asistencia financiera crea un saldo a favor del paciente, el reembolso del saldo a favor incluirá intereses sobre el importe del sobrepago desde la fecha del pago del paciente al interés legal (10 % anual) conforme al artículo 127440 del Código de Salud y Seguridad, siempre que los Hospitales no tengan que reembolsar un saldo a favor que sea, junto con los intereses, inferior a los cinco dólares (\$5.00).

#### D. CONTROVERSIAS

El paciente podrá exigir que se examine toda decisión que tome el Hospital en la que haya denegado la Asistencia financiera notificándole al encargado o representante de las Finanzas del hospital el fundamento de la controversia y la medida reparadora deseada en un plazo de treinta (30) días desde que el paciente reciba la notificación de las circunstancias que originaron la controversia. Los pacientes podrán presentar la solicitud de solución de la controversia de manera verbal o escrita. El encargado o representante de las Finanzas del hospital examinará la solicitud del paciente para solucionar la controversia lo antes posible e informará al paciente la decisión por escrito.

#### E. INFORMACIÓN SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. **Idiomas:** Esta política estará disponible en los idiomas principales del Área de servicio del hospital. Además, todos los avisos/comunicaciones proporcionados en esta sección deberán estar disponibles en los Idiomas principales del Área de servicio del hospital de manera que concuerde con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.
2. **Información proporcionada a los pacientes durante la prestación de los servicios de hospital:**
  - a) **Antes del ingreso o Registro:** Durante el preingreso o registro (o después lo antes posible), los Hospitales proporcionarán a los pacientes una copia del Anexo E, que incluye un resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera y también contiene información sobre su derecho a solicitar un estimado de su responsabilidad financiera por los servicios. Los hospitales deberán identificar el departamento que pueden visitar los Pacientes para recibir información y ayuda para solicitar Asistencia financiera.
  - b) **Asesores de asistencia financiera:** A los Pacientes sin seguro se les asignará Asesores financieros que los visitarán en persona en el hospital. Los Asesores financieros les darán a esos pacientes una solicitud de Asistencia financiera, así como la información de contacto del personal del hospital que les pueden proporcionar información adicional sobre esta política de Asistencia financiera y ayudarlos con el proceso de solicitud.
  - c) **Servicios de emergencia:** En el caso de los servicios de emergencia, los Hospitales les proporcionarán a todos los pacientes un resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera lo antes posible después de que se establezca la afección médica de emergencia del paciente o al dársele el alta.
  - d) **Solicitudes proporcionadas al ser dado de alta:** Al momento de ser dado de alta, los Hospitales proporcionarán a todos los Pacientes una copia del Anexo E, que incluye un resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera y a todos los Pacientes sin seguro solicitudes de Medi-Cal y de Servicios para Niños de California (California Children's Services) o cualquier otro programa gubernamental potencialmente aplicable.
3. **Información proporcionada a los pacientes en otros momentos:**
  - a) **Información de contacto:** Los pacientes pueden llamar al 1-855-398-1633 o comunicarse con el departamento del Hospital que figura en el Anexo G para obtener información adicional sobre la Asistencia financiera y ayuda con el proceso de solicitud.

- b) Estados de facturación: Los hospitales facturarán a los pacientes conforme a la Política de facturación y cobro del Hospital Sutter Health. Los estados de facturación de los pacientes deberán incluir el Anexo E, que contiene un resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera, un número de teléfono para que los pacientes pregunten sobre la Asistencia financiera y la dirección del sitio web en la que los pacientes pueden obtener información adicional sobre la Asistencia financiera, incluida la Política de asistencia financiera, un resumen de la política en lenguaje sencillo y la Solicitud de asistencia financiera. Se incluye un resumen de sus derechos legales en el Anexo F, y también se incluye en el estado de facturación final del paciente.
- c) A solicitud: Los hospitales proporcionarán a los pacientes copias impresas de la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo a solicitud y de manera gratuita.

#### 4. Publicidad de la información sobre la asistencia financiera:

- a) Divulgación al público: Los hospitales colocarán copias de la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y del resumen de la Política de asistencia en lenguaje sencillo en un lugar destacado en la sala de emergencias, el área de ingreso y en cualquier otro lugar del hospital en donde haya un alto flujo de pacientes, incluidos, entre otros, salas de espera, oficinas de facturación y entornos del servicio ambulatorio del hospital. Esos avisos públicos incluirán información sobre el derecho de solicitar un cálculo de la responsabilidad financiera por los servicios.
- b) Sitio web: La Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo deberán estar disponibles en un lugar destacado en el sitio web de Sutter Health ([www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org)) y en cada sitio web individual del Hospital. Las personas que buscan información sobre la Asistencia financiera no necesitarán crear ninguna cuenta ni proporcionar información personal antes de recibir información sobre la Asistencia financiera.
- c) Correo postal: Los pacientes pueden solicitar que se les envíe por correo postal y de manera gratuita una copia de la Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y del resumen en lenguaje sencillo.
- d) Anuncios/Comunicados de prensa: Cuando sea necesario y al menos una vez al año, Sutter Health publicará un anuncio respecto a la Disponibilidad de Ayuda Financiera en los Hospitales en el/los principal(es) periódico(s) de las comunidades atendidas por Sutter Health y cuando no sea práctico hacerlo, Sutter emitirá un comunicado de prensa con esta información o utilizará otros medios que Sutter Health determine que divulgarán ampliamente la disponibilidad de la política a pacientes afectados en nuestra comunidad.
- e) Sensibilización de la comunidad: Sutter Health colaborará con organizaciones afiliadas, médicos, clínicas de la comunidad y otros proveedores de atención médica para que le notifiquen a los miembros de la comunidad (en particular a quienes tengan más probabilidades de necesitar Asistencia financiera) la disponibilidad de la Asistencia financiera.

## F. MISCELÁNEOS

### 1. Mantenimiento de registros:

Los registros relacionados con la Asistencia financiera deberán ser fácilmente accesibles. El hospital deberá mantener la información relacionada con el número de Pacientes sin seguro que hayan recibido servicios del hospital, la cantidad de

solicitudes de Asistencia financiera completadas, la cantidad de solicitudes aprobadas, el valor calculado en dólares de los beneficios proporcionados, el número de solicitudes denegadas y la razón de la denegación. Además, las notas relativas a la aprobación o denegación de Asistencia financiera de un paciente deberán ingresarse en la cuenta del paciente.

2. **Planes de pago:**

Los pacientes pueden ser elegibles para un plan de pago. La Política de facturación y cobro de los Hospitales de Sutter Health puede ofrecer y negociar el plan de pago.

3. **Facturación y cobros:**

Los hospitales podrán emplear los medios de cobro razonables para obtener el pago de los pacientes. La información obtenida durante el proceso de solicitud de Asistencia financiera no podrá ser utilizada en el proceso de cobro ni por el Hospital ni por ninguna agencia de cobros contratada por el Hospital. Las actividades de cobro generales pueden incluir la emisión de estados de cuentas de los pacientes, llamadas telefónicas y referencias a cuentas enviadas al paciente o al fiador. Las filiales y los departamentos del Ciclo de ingresos deberán desarrollar procedimientos para asegurarse de que las preguntas y quejas de los pacientes relativas a las facturas sean investigadas y corregidas, cuando proceda, dando seguimiento oportuno con el paciente. El hospital o las agencias de cobro no emprenderán ninguna acción de cobro extraordinaria (según se define en la Política de facturación y cobro de los Hospitales de Sutter Health). Se pueden obtener copias sin cargo de la Política de facturación y cobro de los Hospitales de Sutter Health en el sitio web de Sutter Health, en [www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org), al llamar al 855-398-1633 o en las oficinas de Registro de Pacientes y en las oficinas de Servicios Financieros al Paciente y en el departamento de emergencia.

4. **Presentación a la OSHPD:**

Los hospitales de Sutter Health enviarán las políticas de Asistencia financiera a la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud Pública del Estado (OSHPD, por sus siglas en inglés). Las políticas pueden encontrarse en el sitio web de OSHPD aquí: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>

5. **Montos generalmente facturados:**

De acuerdo a la Sección 1. 501(r)-5 del Código de Impuestos Internos, Sutter adopta el método de Medicare prospectivo para montos generalmente facturados; sin embargo, los pacientes que son elegibles para asistencia financiera no son financieramente responsables por más que los montos generalmente facturados debido a que los pacientes elegibles no pagan ninguna cantidad.

## REFERENCIA

Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos.

Título 26 del Código de Disposiciones Federales, 1.501(r)-1 a 1.501(r)-7

Artículo 124700 al 127446 del Código de Salud y Seguridad de California

Esta política debe leerse junto con la Política de facturación y cobro de Sutter Health (Política de finanzas 14-227).

## ADJUNTOS

Anexo A – Proveedores cubiertos y no cubiertos por la política

Anexo B – Solicitud de asistencia financiera

Anexo C – Hoja de cálculo de la asistencia financiera

Anexo D – Formulario de notificación de la determinación de la calificación de Sutter Health para recibir atención de caridad

Anexo E – Información de facturación importante dirigida a los pacientes

Anexo F – Aviso de derechos

Anexo G – Hospitales afiliados de Sutter, dirección física y dirección del sitio web para solicitar asistencia financiera

## Anexo A

### Proveedores cubiertos y no cubiertos por la política

Los proveedores que figuran en <http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html> **cubiertos** conforme a esta Política.

Los proveedores que figuran en <http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html> **NO están cubiertos** conforme a esta Política.

**Anexo B  
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 CÓNYUGE \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 N.º DE CUENTA \_\_\_\_\_ SNN \_\_\_\_\_

SITUACIÓN FAMILIAR: Enumere al cónyuge, pareja conviviente e hijos menores de 21 años. Si el paciente es menor de edad, enumere todos los padres, parientes encargados del cuidado y hermanos menores de 21 años.

	(PACIENTE)	(CÓNYUGE)
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleador: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Persona de contacto y teléfono: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Persona de contacto y teléfono: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre del negocio: \_\_\_\_\_

**INGRESOS MENSUALES ACTUALES**

	Paciente	Otros miembros de la familia
<i>Agregar:</i> Salario bruto (antes de deducciones)	_____	_____
<i>Agregar:</i> Ingresos del funcionamiento del negocio (si es trabajador independiente)	_____	_____
<i>Agregar:</i> Otros ingresos: Intereses y dividendos	_____	_____
De bienes raíces o bienes personales	_____	_____
Seguro social	_____	_____
Otros (especifique):	_____	_____
Pensión alimenticia o pagos de manutención que recibe	_____	_____
<i>Restar:</i> Pensión alimenticia o pagos manutención efectuados	_____	_____
<i>Igual:</i> Ingresos mensuales actuales	_____	_____
Total ingresos mensuales actuales (agregar el ingreso del paciente + el del cónyuge)	_____	_____
Ingresos de las fuentes anteriores	_____	_____

**TAMAÑO DE LA FAMILIA**

Total de miembros de la familia \_\_\_\_\_  
 (Agregar paciente, padres (de pacientes menores de edad), cónyuge e hijos de los anteriores)

Sí      No

¿Usted tiene seguro médico?

- ¿Tiene otro seguro que pueda aplicar (tal como una póliza de automóvil)?
- ¿Sus lesiones fueron causadas por un tercero (tal como durante un accidente automovilístico o un resbalón y caída)?

Al firmar este formulario acepto permitir que Sutter Health verifique mi historial de empleo con el propósito de determinar si califico para recibir un descuento financiero; entiendo que pueden solicitarme que proporcione pruebas de la información que proporciono.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o garante) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cónyuge) (Fecha)

**Anexo C**  
**HOJA DE CÁLCULO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N. ° de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_

Circunstancias/Consideraciones especiales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Sí	No
¿Tiene Seguro médico el Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para recibir Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para recibir Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Califica el paciente para otros programas gubernamentales (por ej.: Crime Victims (víctimas de delitos))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el paciente presenta una solicitud, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de atención de caridad en el hospital o para un programa de pagos con descuento, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

¿Tiene el Paciente otro seguro (p. ej.: MedPay o seguro de automóvil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue lesionado el Paciente por un tercero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede el Paciente pagar por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cálculo de la asistencia financiera:**

Total de ingresos familiares mensuales actuales combinados (De la solicitud de asistencia financiera) \$ \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (de la solicitud de asistencia financiera) \_\_\_\_\_

Califica para recibir asistencia financiera Sí      No

Anexo D

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN  
SUTTER HEALTH  
DETERMINACIÓN DE LA CALIFICACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA**

Sutter Health ha realizado una determinación respecto a la calificación del siguiente paciente para recibir asistencia financiera:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE                      NÚMERO DE CUENTA                      FECHA(S) DE SERVICIO

La solicitud de asistencia financiera la realizó el paciente u otra persona en nombre del paciente el \_\_\_\_\_.  
Esta determinación se completó el \_\_\_\_\_.

Con base en la información proporcionada por el paciente o alguna persona en su nombre, se tomó la siguiente determinación:

Se aprobó su solicitud de asistencia financiera por los servicios prestados el \_\_\_\_\_.  
*Después de aplicar la reducción de asistencia financiera, el monto adeudado es \$\_\_\_\_\_.*

Su solicitud de asistencia financiera está pendiente de aprobación. Sin embargo, se necesita la siguiente información antes de que se pueda aplicar cualquier ajuste a su cuenta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su solicitud de asistencia financiera fue denegada debido a:

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El otorgamiento de la asistencia financiera dependerá de la información completa y exacta proporcionada al hospital. En caso de que el hospital descubra que usted sufrió lesiones provocadas por otra persona, que usted tiene ingresos adicionales, que usted tiene un seguro adicional o que proporcionó información incompleta o inexacta relacionada con su capacidad de pago por los servicios prestados, el hospital puede revocar su determinación de otorgar Asistencia financiera y responsabilizarle a usted o a terceros por los cargos hospitalarios.

Si se ha presentado una solicitud para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de Asistencia financiera, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

\_\_\_\_\_  
Servicios Financieros al Paciente  
855-398-1633

## Anexo E

### Información de facturación importante dirigida a los pacientes Resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera

Gracias por elegir a Sutter Health. Este folleto está diseñado para ayudar a nuestros pacientes a comprender la Asistencia financiera disponible a pacientes que cumplen los requisitos necesarios, el proceso de solicitud de Asistencia financiera y sus opciones de pago. Su factura de hospital no incluirá facturación por servicios que pueda recibir durante su permanencia en el hospital por parte de médicos, anestesistas, profesionales clínicos, empresas de ambulancias y otros proveedores que pueden cobrarle sus servicios por separado. Si desea buscar ayuda para pagar sus facturas de esos otros proveedores, necesitará comunicarse directamente con ellos.

**Servicios de emergencia:** Si recibió servicios de emergencia en el hospital, recibirá una factura por separado por el médico de la sala de emergencias. Toda pregunta relativa a los servicios del médico de la sala de emergencias debe formularse al médico. El médico de la sala de emergencias, tal como se define en el artículo 127450 del Código de Salud y Seguridad, que proporciona servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de emergencia tiene la obligación legal de proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o a pacientes asegurados con costos médicos altos y que están en el nivel federal de pobreza del 350 % o en un nivel inferior.

**Opciones de pago:** Sutter Health tiene muchas opciones para ayudarlo con el pago de su factura de hospital.

**Planes de pago:** Los saldos de la cuenta del paciente se deben pagar al recibirlos. Los pacientes pueden optar por hacer planes de pagos por las facturas del hospital. Antes de que la oficina de Servicios Financieros al Paciente pueda aceptar los acuerdos de pago que permiten a los pacientes pagar sus facturas de hospital con el tiempo, se debe firmar un Acuerdo financiero. Estos arreglos son sin intereses para pacientes sin seguro con ingresos bajos y determinados pacientes con ingresos que los califican y tienen costos médicos altos. El plan de pagos se negocia entre el Hospital y el paciente.

**Requisitos necesarios para Medi-Cal y el programa gubernamental:** Usted puede calificar para un programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno. Sutter Health tiene personal disponible para ayudarlo a participar en programas gubernamentales como Medi-Cal. Comuníquese con Asistencia Financiera al Paciente al (855) 398-1633 si desea información adicional sobre programas gubernamentales o necesita ayuda para participar en dichos programas. Este centro también contrata organizaciones que pueden ayudarlo a solicitar asistencia gubernamental, de ser necesaria.

**Covered California:** Usted puede calificar para recibir cobertura médica de Covered California, que es el intercambio de beneficios de salud conforme a la Ley de atención médica asequible. Comuníquese con el departamento de asistencia financiera del hospital al (855) 398-1633 para obtener más detalles y ayuda para determinar si califica para recibir cobertura médica a través de Covered California.

**Resumen de la asistencia financiera (Atención de caridad):** Sutter Health tiene el compromiso de ofrecer asistencia financiera a pacientes calificados de bajos ingresos que tienen seguro que exige que el paciente pague una parte considerable de su atención. El siguiente es un resumen de los requisitos de calificación para recibir Asistencia financiera y del proceso de solicitud del paciente que desea pedir Asistencia financiera. Las siguientes son las categorías de pacientes que califican para recibir Asistencia financiera:

- Pacientes que no tienen fuente de pago de terceros, como una aseguradora o un programa gubernamental para parte de sus gastos médicos **y** tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.
- Pacientes con cobertura de seguro, pero que tienen i) ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza; **y** ii) gastos médicos propios o de su familia (efectuados en la filial del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente.

- Pacientes que tienen cobertura de seguro, pero que agotan sus beneficios antes o después de su permanencia en el hospital y tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.

Puede solicitar Asistencia financiera utilizando el formulario de solicitud disponible en Servicios Financieros al Paciente, que está ubicado en los departamentos de Acceso al Paciente/Registro en el Hospital o llame a Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633, o en el sitio web Sutter Health o el Hospital ([www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org)). También puede enviar una solicitud si habla con un representante de Servicios Financieros al Paciente para que le ayude a completar la solicitud. Durante el proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información sobre el número de miembros de su familia, sus ingresos mensuales y otra información que ayude al hospital a determinar si cumple los requisitos para recibir Asistencia financiera. Es posible que se le pida proporcionar un talonario de pago o registros de impuestos para ayudarle a Sutter a verificar sus ingresos.

Después de presentar la solicitud, el hospital examinará la información y le notificará por escrito si cumple o no los requisitos. Si tiene dudas durante el proceso de solicitud, puede comunicarse con la oficina de Servicios Financieros al Paciente al (855) 398-1633.

Si está en desacuerdo con la decisión del hospital, puede solicitar un procedimiento de solución de controversias en la oficina de Servicios Financieros al Paciente.

En nuestro Registro de Pacientes y en las oficinas de Servicios Financieros al Paciente, en varios idiomas en persona, así como también en [www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org) y por correo, puede hallar copias de esta Política de asistencia financiera del hospital, el Resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera y Solicitud, y solicitudes para programas gubernamentales. También podemos enviarle una copia de la Política de asistencia financiera sin cargo si se comunica con nuestra oficina de Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

De acuerdo a la Sección 1. 501(r)-5 del Código de Impuestos Internos, Sutter adopta el método de Medicare prospectivo para montos generalmente facturados; sin embargo, los pacientes que son elegibles para asistencia financiera no son financieramente responsables por más que los montos generalmente facturados debido a que los pacientes elegibles no pagan ninguna cantidad.

**Solicitudes pendientes:** Si ha presentado una solicitud para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de atención de caridad, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

**Aviso de disponibilidad de cálculos financieros:** Usted puede solicitar un cálculo por escrito de su responsabilidad financiera por los servicios de hospital. Las solicitudes para estos cálculos se deben hacer durante el horario de atención. El cálculo le ofrecerá un aproximado del monto que el hospital exigirá que pague el paciente por los servicios de atención médica, procedimientos y suministros que se espere razonablemente que proporcione el hospital. Los cálculos están basados en la duración promedio de la estadía y los servicios proporcionados para el diagnóstico del paciente. No son promesas de proporcionar servicios a costos fijos. La responsabilidad financiera del paciente puede ser más o menos que el estimado basado en los servicios que el paciente recibe en realidad.

El hospital puede proporcionar únicamente cálculos del monto de los servicios del hospital. Puede haber cargos adicionales por servicios que sean proporcionados por médicos durante la estadía del paciente en el hospital, como cobros de médicos personales y cualquier anestesta, patólogo, radiólogo, servicios de ambulancia o cualquier otro profesional médico que no sea empleado del hospital. Los pacientes recibirán una factura separada por esos servicios.

Si tiene alguna duda sobre los cálculos por escrito, comuníquese con Acceso al Paciente al 855-398-1637. Si tiene alguna pregunta o si desea pagar por teléfono, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

## Anexo F

### Aviso de derechos

Gracias por seleccionar a Sutter Health para sus servicios recientes. Adjunto encontrará un estado de cuenta de los cargos resultado de su visita al hospital. **El pago se debe realizar inmediatamente.** Es posible que tenga derecho a descuentos si cumple determinados requisitos financieros mencionados más adelante o si envía su pago pronto.

Tenga en cuenta que esta es únicamente la factura por servicios de hospital. Es posible que haya cargos adicionales por servicios que serán proporcionados por los médicos durante su permanencia en el hospital, como facturas de médicos y cualquier anestesista, patólogo, radiólogo, servicios de ambulancia o cualquier otro profesional médico que no sea empleado del hospital. Puede recibir un cobro aparte por esos servicios.

**Resumen de sus derechos:** La ley estatal y federal exige que los cobradores lo traten equitativamente y les prohíbe que hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, que usen lenguaje vulgar o grosero, o que tengan comunicación indebida con terceros, incluido su empleador. Con excepción de circunstancias excepcionales, los cobradores no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 am ni después de las 9:00 pm. En general, los cobradores no deben dar información a otra persona, que no sea su abogado o su cónyuge, sobre su deuda. El cobrador puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una sentencia. Si desea obtener más información sobre las actividades de cobro, puede comunicarse por teléfono con la Comisión Federal de Comercio al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov).

Es posible que en su área estén disponibles servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro, así como también asistencia al consumidor en oficinas locales de servicios jurídicos. Le agradeceremos comunicarse con la oficina de Servicios Financieros al Paciente llamando al 855-398-1633 para una remisión.

Sutter Health tiene acuerdos con agencias de cobro externas para cobrar los pagos de los pacientes. Las Agencias de cobro tienen la obligación de cumplir las políticas del hospital. Las Agencias de cobro también tienen la obligación de reconocer y ceñirse a los planes de pago acordados entre el hospital y el paciente.

**Asistencia financiera (Atención de caridad):** Sutter Health tiene el compromiso de ofrecer asistencia financiera a pacientes calificados de bajos ingresos que tienen seguro que exige que el paciente pague una parte considerable de su atención. El siguiente es un resumen de los requisitos de calificación para recibir Asistencia financiera y del proceso de solicitud del paciente que desea pedir Asistencia financiera. Las siguientes son las categorías de pacientes que califican para recibir Asistencia financiera:

- Pacientes que no tienen fuente de pago de terceros, como una aseguradora o un programa gubernamental para parte de sus gastos médicos **y** tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.
- Pacientes con cobertura de seguro, pero que tienen i) ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza; **y** ii) gastos médicos propios o de su familia (efectuados en la filial del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que superan el 10 % de los ingresos familiares del paciente.
- Pacientes que tienen cobertura de seguro, pero que agotan sus beneficios antes o después de su permanencia en el hospital y tienen ingresos familiares iguales o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.

Puede solicitar Asistencia financiera utilizando el formulario de solicitud disponible en Servicios Financieros al Paciente, que está ubicado en los departamentos de Acceso al Paciente/Registro en el Hospital, o llame a Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633 o en el sitio web de Sutter Health o el Hospital ([www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org)). También puede enviar una solicitud si habla con un

representante de Servicios Financieros al Paciente para que le ayude a completar la solicitud. Durante el proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información sobre el número de miembros de su familia, sus ingresos mensuales y otra información que ayude al hospital a determinar si cumple los requisitos para recibir Asistencia financiera. Es posible que se le pida proporcionar un talonario de pago o registros de impuestos para ayudarlo a Sutter a verificar sus ingresos.

Después de presentar la solicitud, el hospital examinará la información y le notificará por escrito si cumple o no los requisitos. Si tiene dudas durante el proceso de solicitud, puede comunicarse con la oficina de Servicios Financieros al Paciente al (855) 398-1633.

Si está en desacuerdo con la decisión del hospital, puede solicitar un procedimiento de solución de controversias en la oficina de Servicios Financieros al Paciente.

En nuestro Registro de Pacientes y en las oficinas de Servicios Financieros al Paciente, en varios idiomas en persona, así como también en [www.sutterhealth.org](http://www.sutterhealth.org) y por correo, puede hallar copias de esta Política de asistencia financiera del hospital, el Resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia financiera y Solicitud, y solicitudes para programas gubernamentales. También podemos enviarle una copia de la Política de asistencia financiera sin cargo si se comunica con nuestra oficina de Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

De acuerdo a la Sección 1. 501(r)-5 del Código de Impuestos Internos, Sutter adopta el método de Medicare prospectivo para montos generalmente facturados; sin embargo, los pacientes que son elegibles para asistencia financiera no son financieramente responsables por más que los montos generalmente facturadas debido a que los pacientes elegibles no pagan ninguna cantidad.

En nuestro Registro de Pacientes y en las oficinas de Servicios Financieros al Paciente, así como también en [sutterhealth.org](http://sutterhealth.org) puede hallar copias de esta Política de asistencia financiera del hospital y solicitudes para programas gubernamentales. También podemos enviarle una copia de la Política de asistencia financiera si se comunica con nuestra oficina de Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

**Solicitudes pendientes:** Si ha presentado una solicitud para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que presenta una solicitud de atención de caridad, ninguna de esas solicitudes impedirá que califique para el otro programa.

**Seguro médico/Cobertura de programa gubernamental/Asistencia financiera:** Si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal, Servicios para Niños de California (California Children's Services) u otra fuente de pago para esta factura, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633. Si corresponde, Servicios Financieros al Paciente le cobrará su atención médica a esas entidades.

Si usted no tiene seguro médico ni cobertura a través de un programa gubernamental como Medi-Cal o Medicare, es posible que califique para recibir asistencia de programas gubernamentales. Servicios Financieros al Paciente puede proporcionarle formularios de solicitud y ayudarlo con el proceso de solicitud.

Si ha recibido una concesión de Asistencia financiera de un Hospital que cree que cubre los servicios que son objeto de esta factura, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 855-398-1633.

**Intercambio de Beneficios de Salud de California (California Health Benefit Exchange):** Usted puede calificar para recibir cobertura médica con arreglo a Covered California. Comuníquese con Servicios Comerciales del hospital para obtener más detalles y ayuda para determinar si califica para recibir cobertura médica a través de Covered California.

**Información de Contacto:** La Oficina de Servicios Financieros al Paciente está disponible para responder las preguntas que pueda tener sobre su factura del hospital o si desea solicitar Asistencia financiera o asistencia de programas gubernamentales. El número de teléfono es el 855-398-1633. Nuestro horario de atención telefónica es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

## Exhibit G

### Sutter Health Affiliate Hospitals, Physical Address and Website Address for Financial Assistance

#### Alta Bates Summit Medical Center

##### *Patient Access/Registration*

###### **Ashby Campus**

2450 Ashby Avenue  
Berkeley, CA 94705  
510-204-4444

###### **Herrick Campus**

2001 Dwight Way  
Berkeley, CA 94704  
510-204-4444

###### **Summit Campus**

350 Hawthorne Avenue  
Oakland, CA 94609  
510-655-4000

<http://www.altabatessummit.org>

#### California Pacific Medical Center

##### *Patient Access/Registration*

###### **California Campus**

3700 California Street  
San Francisco, CA 94118  
415-600-6000

###### **Pacific Campus**

2333 Buchanan Street  
San Francisco, CA 94115  
415-600-6000

###### **Davies Campus**

Castro and Duboce  
San Francisco, CA 94114  
415-600-6000

###### **St. Luke's Campus**

3555 Cesar Chavez St.  
San Francisco, CA 94110  
415-647-8600

<http://www.cpmc.org>

## **Eden Medical Center**

### ***Patient Access/Registration***

#### **Eden Campus**

20103 Lake Chabot Road  
Castro Valley, CA 94546  
510-537-1234

<http://www.edenmedicalcenter.org>

## **Kahi Mohala, A Behavioral Healthcare System**

### ***Patient Access/Registration***

91-2301 Fort Weaver Road  
Ewa Beach, HI 96706  
808-671-8511

<http://www.kahimohala.org>

## **Memorial Medical Center**

### ***Patient Access/Registration***

1700 Coffee Road  
Modesto, CA 95355  
209-526-4500

<http://www.memorialmedicalcenter.org>

## **Memorial Hospital, Los Banos**

### ***Patient Access/Registration***

520 I Street  
Los Banos, CA 93635  
209-826-0591

<http://www.memoriallosbanos.org>

## **Menlo Park Surgical Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

570 Willow Road  
Menlo Park, CA 94025  
650-324-8500

<http://www.pamf.org/mpsh>

## **Mills-Peninsula Health Services**

### ***Patient Access/Registration***

1501 Trousdale Drive  
Burlingame, CA 94010  
(650) 696-5400

<http://www.mills-peninsula.org>

## **Novato Community Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

180 Rowland Way  
Novato, CA 94945  
415-897-3111

<http://www.novatocommunity.org>

## **Sutter Amador Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

200 Mission Blvd.  
Jackson, CA 95642  
209-223-7500

<http://www.sutteramador.org>

## **Sutter Auburn Faith Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

11815 Education Street  
Auburn, CA 95602  
530-888-4500

<http://www.sutterauburnfaith.org>

## **Sutter Coast Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

800 East Washington Blvd.  
Crescent City, CA 95531  
707-464-8511

<http://www.suttercoast.org>

## **Sutter Davis Hospital**

### ***Patient Access/Registration***

2000 Sutter Place  
(P.O. Box 1617)  
Davis, CA 95617  
530-756-6440

<http://www.sutterdavis.org>

## **Sutter Delta Medical Center**

### ***Patient Access/Registration***

3901 Lone Tree Way  
Antioch, CA 94509  
925-779-7200

<http://www.sutterdelta.org>

## **Sutter Lakeside Hospital and Center for Health**

### ***Patient Access/Registration***

5176 Hill Road East  
Lakeport, CA 95453  
707-262-5000

<http://www.sutterlakeside.org>

## **Sutter Maternity & Surgery Center of Santa Cruz**

### ***Patient Access/Registration***

2900 Chanticleer Avenue  
Santa Cruz, CA 95065-1816  
831-477-2200

<http://www.suttersantacruz.org>

## **Sutter Medical Center, Sacramento**

### ***Patient Access/Registration***

**Sutter General Hospital**  
2801 L Street  
Sacramento, CA 95816  
916-454-2222

**Sutter Memorial Hospital**

5151 F Street  
Sacramento, CA 95819  
916-454-3333

**Sutter Center for Psychiatry**

7700 Folsom Blvd.  
Sacramento, CA 95826  
916-386-3000

<http://www.suttermedicalcenter.org>

**Sutter Roseville Medical Center*****Patient Access/Registration***

One Medical Plaza  
Roseville, CA 95661  
916-781-1000

<http://www.sutterroseville.org>

**Sutter Santa Rosa Regional Hospital*****Patient Access/Registration***

30 Mark West Springs Road  
Santa Rosa, CA 95403  
707-576-4000

<http://www.suttersantarosa.org>

**Sutter Solano Medical Center*****Patient Access/Registration***

300 Hospital Drive  
Vallejo, CA 94589  
707-554-4444

<http://www.suttersolano.org>

**Sutter Tracy Community Hospital*****Patient Access/Registration***

1420 N. Tracy Boulevard  
Tracy, CA 95376-3497  
209-835-1500

<http://www.suttertracy.org>