| | | |
|---|---|---|
| | 정책 초안 날짜<br>발효일:<br>최종 승인 날짜:<br>수정일:<br>다음 검토일: | 07/28/2015<br><br><br>12/31/2015<br>1/1/2019 |
| | 소유자: | Jeff Sprague, CFO |
| | 정책 영역: | 재무 |
| 재무 정책:<br>대체 정책 | 문의: | |

# 금융 지원(자선 진료) 관련 정책

**목적**

본 정책의 목적은 Sutter Health 병원 시설에서 이용 가능한 금융 지원(자선 진료)에 관한 정보를 환자에게 제공하고 금융 지원의 적격 대상 여부를 결정하는 절차에 대해 개략적으로 설명하는 것입니다.

**정책**

신청 자격을 만족하는 환자에게 소득에 따른 금융 지원(자선 진료)을 제공하는 금융 지원 프로그램에 관해 환자에게 이해하기 쉽도록 서면 정보를 제공하는 것이 Sutter Health의 정책입니다.

**범위**

이 정책은 Sutter Health가 운영하는 모든 라이선스 병원 시설 또는 제휴 기관(Sutter Health의 내규에 그 용어가 정의됨), 그리고 Sutter Health 및/또는 제휴 기관이 직·간접적인 표결 통제권 또는 50%를 초과하는 지분권을 보유한 다른 모든 병원(이하 "병원" 또는 "Sutter Health 병원"(별첨 G에 명시됨)으로 지칭)에 적용됩니다. 달리 지정하지 않는 한 이 정책은 의사나 응급실 의사, 마취 전문의, 방사선 전문의, 입원 환자 전문의, 병리학 전문의 등 병원 청구서에 포함되지 않는 해당 서비스와 관련된 기타 의료 서비스 제공자에게는 적용되지 않습니다. 이 정책으로 인해 병원이 그러한 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 서비스 대금을 지불해야 할 의무가 발생하지 않습니다. 캘리포니아의 경우 병원의 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사는 연방 저소득 기준의 350% 이하에 해당하는 무보험 환자 또는 고가의 의료비를 부담해야 하는 환자에게 할인을 제공해야 합니다.

**정의**

**복합적/전문적 서비스**: "복합적/전문적 서비스"란 일반적으로 의료 보험 보장 계약에 따른 보장 범위에서 제외되는 특정 선택형 서비스(예: 성형 수술)뿐만 아니라 Sutter Health 또는 병원이 복합적 및 전문적이라고 정한 서비스(예: 이식 수술, 실험적인 연구 단계의 서비스)를 의미합니다.

**연방 저소득 기준(FPL, Federal Poverty Level)**: "FPL", 즉 "연방 저소득 기준"이란 미 보건복지부(HHS, Department of Health and Human Services)에서 매년 발표하는 소득 수준의 척도를 말하며 병원에서 금융 지원 대상 여부를 판단하는 데 사용됩니다.

**금융 지원**: "금융 지원"이란 전액 자선 진료 및 고액 의료비 자선 진료(A.1 지원 대상 조항에 개략적으로 설명됨)를 의미합니다.

**병원 서비스**: “병원 서비스”란 응급 진료 및 의료 치료를 포함하는 병원에서 제공하도록 허가된 모든 서비스를 의미합니다(복합적/전문적 서비스 제외).

**병원 서비스 영역의 일차 언어**: “병원 서비스 영역의 일차 언어”란 병원이 최근 수행한 공공 보건에 관한 요구 평가서를 바탕으로 병원에서 서비스를 제공하는 지역민의 5% 또는 천 명 중 더 적은 쪽에서 사용하는 언어를 의미합니다.

**무보험 환자:** “무보험 환자”란 민영보험 또는 기타 보험, 정부 지원 의료 혜택 프로그램, 제3자 배상 책임을 포함한(이에 국한되지 않음) 의료비의 일부를 지불할 수 있는 제3의 자금 출처가 없는 환자를 말하며 해당 자금 출처에서 받은 혜택을 입원 전에 이미 모두 이용한 환자가 포함됩니다.

**보험 가입 환자**: “보험 가입 환자”란 의료비의 일부를 지불해 주는 제3의 자금 출처가 있는 환자를 말하지만 Medi-Cal에 의해 의료비가 보장되는 환자는 제외됩니다.

**환자 책임**: “환자 책임”이란 환자의 제3자 의료비 보장 범위에 따라 환자가 받을 수 있는 금액이 결정된 후 보험 가입 환자가 자기 돈으로 지불해야 하는 금액을 의미합니다.

**절차**

**A. 지원 대상**

1. 지원 대상 기준: 아래 B 및 C항에 명시된 신청 처리 과정에서 병원은 금융 지원에 대한 다음과 같은 지원 대상 기준을 적용합니다.

| 금융 지원 범주 | 환자 지원 대상 기준 | 적용 가능한 할인 |
|---|---|---|
| **전액 자선 진료** | 환자는 가족 소득(아래에 정의됨)이 최근에 발표된 FPL의 400% 이하에 해당하는 무보험 환자임 | 병원 서비스에 해당하는 모든 비용 전액 탕감 |
| **고액 의료비 자선 진료(보험 가입 환자용)** | 1. 환자는 가족 소득(아래에 정의됨)이 최근에 발표된 FPL의 400% 이하에 해당하는 보험 가입 환자임<br><br>**동시에**<br><br>2. (지난 12개월 동안 병원에서 발생했거나 다른 의료 서비스 제공업체에 지불한) 환자 본인 및 가족의 의료비가 환자 가족 소득의 10%를 초과한 환자. | 병원 서비스에 대한 환자 책임 비용 탕감 |

2. 가족 소득 계산: 환자의 금융 지원 대상 여부를 판단하기 위해 병원은 먼저 다음과 같이 환자의 가족 소득을 계산합니다.

a) 환자 가족: 환자 가족은 다음과 같이 결정됩니다.

(i) 성인 환자: 18세가 넘은 환자의 환자 가족에는 환자의 배우자, 동거인 및 21세 미만의 부양 자녀가 포함되며 동거 여부는 관련이 없습니다.

(ii) 미성년자 환자: 18세 미만 환자의 환자 가족에는 환자의 부모, 돌봐주는 친척 및 부모 또는 돌봐주는 친척의 21세 미만 자녀가 포함됩니다.

b) 가족 소득 증명 자료: 환자는 소득의 증거로 최근의 급여명세서 또는 소득세 신고서를 제출해야 합니다. 가족 소득은 최근의 급여명세서 또는 소득세 신고서를 통해 입증된 이전 12개월 또는 이전 과세 연도에 해당하는 환자의 모든 가족 구성원의 연간 소득에서 이혼 수당 및 자녀 양육비 지급액을 뺀 금액입니다. 이 계산에 포함된 소득은 모든 형태의 소득을 말하며 급료 및 임금, 퇴직 소득, 식료품 할인 구매권 등의 정부의 준현금 보조금 및 투자 수익이 포함됩니다. 연간 소득은 올해 초부터 현재까지 가족 소득을 연율로 환산하여 결정할 수 있습니다. 병원은 외부 서비스 기관을 이용하여 환자의 소득을 입증할 수 있으며 이 경우 해당 서비스 기관은 반드시 본 정책에서 승인하는 정보만으로 소득을 결정해야 합니다.

c) 사망한 환자의 가족 소득 계산: 살아 있는 배우자가 없는 사망한 환자는 가족 소득을 계산할 때 소득이 없는 것으로 간주될 수 있습니다. 사망한 환자의 경우 소득 입증 자료가 필요하지 않지만, 토지 자산 입증 자료가 필요할 수 있습니다. 사망한 환자의 생존 배우자는 금융 지원을 신청할 수 있습니다.

3. FPL의 백분율로 가족 소득 계산: 가족 소득이 결정된 후 병원은 FPL과 비교하여 가족 소득 수준(FPL 백분율로 표시)을 계산합니다. 예를 들어 3인 가족에 해당하는 연방 저소득 기준이 20,000달러이고 환자의 가족 소득이 60,000달러라면 병원은 환자의 가족 소득이 FPL의 300%인 것으로 계산합니다. 병원은 환자가 금융 지원 프로그램의 소득 기준을 만족하는지 판단하기 위해 신청 처리 과정에서 이 계산을 사용합니다.

4. 특수 상황 – 입원 환자가 입원해 있는 동안 보험금이 모두 소진된 경우: 환자가 입원해 있는 동안 보험금을 모두 사용하여 보험 가입 환자의 제3자 지불 보장을 통해 환자의 입원 시 환자가 받을 수 있는 예상 보험금의 일부만 지불되는 경우, 병원은 환자가 보험금을 다 사용하지 않았으면 제3의 지불 보장으로 지불했어야 하는 예상 보험금을 제외한 나머지 금액을 환자에게 추징해야 합니다. 병원은 환자가 보험금을 다 써버리지 않은 경우 제3의 지불 보장으로 지불됐어야 하는 금액에 환자의 비용 부담분 또는 공동 보험금을 더한 금액을 초과하여 환자에게 수금하지 않습니다. 입원해 있는 동안 보험금 한도를 초과한 환자는 금융 지원을 신청할 수 있습니다. 환자가 금융 지원 대상인 경우, 병원은 환자가 보험금 한도를 초과한 후 병원에서 제공한 서비스에 해당하는 모든 요금을 탕감합니다.

5. 금융 지원 제외/결격 사유: 다음 상황에서는 본 정책에 따른 금융 지원을 받을 수 없습니다.

a) 무보험 환자가 복합적/전문적 서비스를 요청하는 경우: 일반적으로 복합적/전문적 서비스(예: 이식, 실험적이거나 연구 단계의 시술)를 요청하고 해당 서비스에 대한 금융 지원을 받으려는 무보험 환자는 금융 지원 자격에

만족하기 위해 서비스를 제공받기 전에 병원의 재무 담당자(또는 피지명자)로부터 행정 승인을 받아야 합니다. 병원은 환자가 이러한 승인이 필요한 서비스에 대해 행정상의 승인을 요청하도록 절차를 개발합니다. 일반적으로 의료 보험 보장 계약에 따른 보장 범위에서 제외되는 특정 선택형 서비스(예: 성형 수술)는 금융 지원 대상이 아닙니다.

b) 비용 부담분이 있는 Medi-Cal 환자: 비용 부담분을 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 환자가 비용 부담분 금액을 줄이기 위해 금융 지원을 신청할 수 없습니다. 병원은 환자에게 이 비용을 지불할 것을 요청합니다.

c) 환자가 의료비 보장 서비스를 거절하는 경우: 환자의 보험 계약으로 보장되지 않는 서비스를 요청하는 보험 가입 환자(Sutter로부터 네트워크 범위 밖의 서비스를 요청하는 HMO 환자 또는 환자가 Sutter 병원에서 네트워크 범위 안의 시설로의 이송을 거부하는 경우)는 금융 지원 대상이 아닙니다.

d) 보험 가입 환자가 제3자 지불인에게 협조하지 않는 경우: 제3자 지불인의 보험에 가입되어 있는 보험 가입 환자가 제3자 지불인의 책임 금액을 결정하는 데 필요한 정보를 제3자 지불인에게 제공하지 않아서 제3자 지불인이 서비스에 대한 지불을 거절하는 경우 금융 지원 대상이 아닙니다.

e) 제3자 지불인이 환자에게 직접 보험금을 지불한 경우: 환자가 보상금, Medicare 보조금 또는 기타 지불인으로부터 직접 서비스 대금을 받는 경우 환자는 서비스에 대한 금융 지원 대상이 아닙니다.

f) 정보 위조: 병원은 지원 대상 여부 심사 신청에 필요한 가족 소득, 가구 규모 또는 기타 정보에 관한 정보를 위조하는 환자에게 금융 지원 제공을 거부할 수 있습니다.

g) 제3의 복구: 환자가 환자의 부상을 야기한 제3의 불법 행위자로부터 금전적 보상 합의 또는 판결을 받는 경우 환자는 그러한 합의 또는 판결 금액을 반드시 사용해야 하여 금융 지원 대상이 아닙니다.

h) 전문가(의사) 서비스: 마취 전문의, 방사선 전문의, 입원 환자 전문의, 병리학 전문의 등과 같은 전문 의사의 서비스는 본 정책으로 보장되지 않습니다. 예외 사항은 별첨 A에 명시되어 있습니다. 다수의 의사가 환자가 무료 진료 또는 할인 진료를 신청할 수 있는 자선 진료 정책을 보유하고 있습니다. 환자는 자신의 담당 의사로부터 직접 해당 자선 진료 정책에 관한 정보를 입수해야 합니다.

## B. 신청 처리 절차

1. 각 병원은 환자 본인이나 환자의 대리인으로부터 환자의 개인 또는 공공 의료보험이 병원이 환자에게 제공한 진료 요금을 전체 또는 일부를 보장하는지 여부에 관한 정보를 얻기 위해 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 환자가 언제라도 병원 서비스 요금을 지불할 수 없다는 의사를 표시하는 경우, 해당 환자는 금융 지원 대상 여부가 평가됩니다. 무보험 환자 자격을 만족하려면 환자 또는 환자의 보증인이 청구된 의료비를 대거나 할인해 주는 보험이나 정부 프로그램 혜택에 관한 권리를 알지 못한다는 사실을 입증해야 합니다. 모든 환자는 아직 조사받지 않은 경우 정부 프로그램 지원을 신청할 수 있는 자격을 만족하는지 조사하도록 권유를 받아야 합니다.

2. 금융 지원을 신청하려는 환자는 Sutter Health 표준 신청 양식인 “금융 지원 신청서”(별첨 B)를 사용합니다.

3. 환자는 별첨 A에서 확인할 수 있는 Sutter Health 병원에서 직접, 아니면 전화(855-398-1633), 우편 또는 Sutter Health 웹사이트(www.sutterhealth.org)를 통해 금융 지원 신청서를 작성하여 지원을 요청해야 합니다.

4. 환자는 다음 주소로 금융 지원 신청서를 우편 발송해야 합니다. Sutter Health, P. O. Box 619010, Roseville, CA 95661-9998 Attn: Charity Care Application.

5. 환자는 병원 서비스를 받은 후 가능한 한 빨리 금융 지원 신청서를 작성해야 합니다. 퇴원 후 청구서를 환자에게 처음 발송한 날로부터 240일 이내에 환자가 신청서를 작성하여 반송하지 않으면 금융 지원이 거부될 수 있습니다.

**C. 금융 지원 결정**

1. 병원은 각 신청인의 금융 지원 신청서를 검토한 후 환자가 조항 A.1에 명시된 지원 대상 기준에 부합하며 병원 서비스를 받았거나 받을 예정인 경우 금융 지원을 승인합니다.

2. 환자는 또한 정부 프로그램 지원을 신청할 수 있습니다. 이는 특정 환자에게 지속적인 서비스가 필요한 경우에 신중하게 검토되어야 합니다.

    a) 병원은 환자가 정부 또는 기타 지원의 대상인지, 아니면 캘리포니아 의료 보험 거래소(예: Covered California)에 보험을 등록할 수 있는지 판단하도록 도움을 주어야 합니다.

    b) 환자가 금융 지원을 신청하는 동시에 다른 의료 보장 프로그램에 신청하거나 신청이 계류 중인 경우 다른 의료 보장 프로그램에 의한 보장 신청으로 인해 환자의 금융 지원 자격을 얻지 못하는 것은 아닙니다.

3. 전액 자선 진료 또는 고액 의료비 자선 진료 결정이 내려지면 병원의 결정을 알리는 “통지 양식”(별첨 D)이 각 신청인에게 발송됩니다.

4. 환자는 병원이 환자에게 통지 양식을 발행한 후 1년의 기간 동안 재정 지원 대상인 것으로 간주됩니다. 환자는 1년이 지난 후 재정 지원을 다시 신청해야 합니다.

5. 재정 지원 결정으로 인해 환자에 대한 신용 잔고가 만들어지면, 보건안전법 127440 조항에 따라 신용 잔고의 환불금에는 환자가 결제한 날짜로부터 초과 지불된 금액에 대한 법정이자율(연 10%)에 해당하는 이자가 포함됩니다. 단, 병원은 이자를 포함하여 5달러 미만인 신용 잔고의 경우 환불하지 않아도 됩니다.

**D. 이의제기**

환자는 이의가 제기되는 상황에 대해 통지를 받은 후 30일 이내에 병원의 재무 담당자 또는 피지명자에게 통지하여 금융 지원을 거절하는 병원의 결정, 이의제기 근거 및 원하는 구제 조치에 대한 검토를 요청할 수 있습니다. 환자는 구두 또는 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다. 병원의 재무 담당자 또는 피지명자는 가능한 한 신속하게 환자의 이의제기를 검토한 후 결정을 서면으로 알립니다.

**E. 재정 지원 정보 가용성**

1. 언어: 병원 서비스 영역의 일차 언어로 본 정책을 볼 수 있습니다. 또한, 이 조항에서 언급하는 모든 통지/전달 사항은 해당하는 모든 연방 및 주 법률 및 규정에 따라 서비스 영역의 일차 언어로 표시됩니다.

2. **병원에서 서비스를 제공하는 동안 환자에게 제공된 정보**:

   a) 입원 전 또는 등록 시: 입원 전이나 등록 시(또는 가능한 그 후 바로) 병원은 금융 지원 정책에 대해 쉽게 설명한 요약과 서비스에 대해 환자가 부담해야 하는 재정적 책임 예상액을 요청할 권리에 관한 정보가 포함된 별첨 E 사본을 환자에게 제공합니다. 병원은 재정 지원에 관한 정보를 얻고 신청하는 데 도움을 받기 위해 환자가 방문할 수 있는 부서를 확인해 줍니다.

   b) 금융 지원 상담원: 무보험 환자로 판정받을 수 있는 환자에게 금융 상담원이 배정되며, 직접 환자와 함께 병원에 방문합니다. 금융 상담원은 그러한 환자에게 금융 지원 신청서와 함께 금융 지원 정책에 관해 추가로 정보를 제공할 수 있는 병원 직원의 연락처 정보를 제공하고 신청 절차를 지원합니다.

   c) 응급 의료 서비스: 응급 의료 서비스의 경우 병원은 환자의 긴급한 건강 상태가 안정화되거나 퇴원 후에 가능한 한 신속하게 이해하기 쉽게 표현된 금융 지원 정책 요약을 모든 환자에게 제공합니다.

   d) 퇴원 시 제공되는 신청서: 퇴원 시 병원은 이해하기 쉽게 표현된 금융 지원 정책 요약이 포함된 별첨 E의 사본을 모든 환자에게 제공하고, Medi-Cal 및 캘리포니아 아동 서비스, 또는 다른 적용 가능한 정부 프로그램 신청서를 모든 무보험 환자에게 제공합니다.

3. **그 외 다른 상황에서 환자에게 제공되는 정보**:

   a) 연락처 정보: 환자는 1-855-398-1633으로 전화하거나 별첨 G의 병원 부서에 연락하여 금융 지원에 관한 추가 정보 및 신청 절차에 대한 지원을 받을 수 있습니다.

   b) 병원은 Sutter Health 병원 청구 및 징수 정책에 따라 환자에게 청구서를 발행합니다. 환자에게 발송되는 진료 청구서에는 이해하기 쉽게 표현된 금융 지원 정책 요약, 환자가 금융 지원에 관해 의문사항이 있는 경우 통화할 수 있는 전화번호, 그리고 금융 지원 정책, 이해하기 쉽게 표현된 정책 요약본, 금융 지원 신청서 등 환자가 금융 지원에 관한 추가 정보를 얻을 수 있는 웹사이트 주소가 포함된 별첨 E가 포함됩니다. 환자의 법적 권리에 대한 요약본은 별첨 F에서 확인할 수 있으며 환자의 최종 진료 청구서에도 포함되어 있습니다.

c) 요청 시: 병원은 환자가 요청하는 경우 금융 지원 정책, 금융 지원 신청서 및 쉽게 표현된 금융 지원 정책 요약의 인쇄본을 무료로 제공합니다.

4. **금융 지원 정보 홍보**:

a) 공개 포스팅: 병원은 금융 지원 정책, 지원 신청서 및 쉽게 표현된 정책 요약 사본을 응급실, 입원 구역 및 대기실, 병원 원무과, 외래 환자 서비스 장소 등(이에 국한되지 않음) 병원 내 환자 통행량이 많은 위치에 눈에 잘 보이도록 게시합니다. 이러한 공개 안내문에는 서비스에 대한 재정적 책임 예상액 계산을 요청할 권리에 관한 정보가 포함됩니다.

b) 웹사이트: 금융 지원 정책, 지원 신청서 및 쉽게 표현된 요약본이 Sutter Health 웹사이트(www.sutterhealth.org) 및 개별 병원의 웹사이트 내의 눈에 잘 띄는 위치에 게시됩니다. 금융 지원 관련 정보를 찾으려는 사람은 이를 위해 계정을 만들거나 개인 정보를 입력할 필요가 없습니다.

c) 우편: 환자는 금융 지원 정책, 지원 신청서 및 쉽게 표현된 요약 사본의 우편 발송을 무료로 요청할 수 있습니다.

d) 광고/보도자료: 필요한 경우 최소 1년 단위로 Sutter Health는 Sutter Health가 의료 서비스를 제공하는 지역 사회의 주요 신문에 병원의 금융 지원 제공에 관한 광고를 게재하거나, 그러한 광고 게재가 불가능한 경우 이러한 정보가 포함된 보도 자료를 발표하거나, Sutter Health가 생각하기에 지역 사회의 환자에게 해당 정책의 제공을 널리 알릴 수 있다고 판단되는 다른 수단을 사용합니다.

e) 지역 사회 인지도: Sutter Health는 계열사, 의사, 지역의 전문 병원 및 기타 의료인과 협력하여 지역 주민(특히 금융 지원이 가장 필요한 사람들)에게 금융 지원 제공에 관해 알립니다.

## F. 기타

1. **기록**:
금융 지원 관련 기록은 손쉽게 이용할 수 있어야 합니다. 병원은 병원 진료를 받은 무보험 환자, 작성 완료된 금융 지원 신청서 및 승인된 신청의 수와 제공된 보험 혜택의 예상 금액(달러 기준), 거부된 신청의 수와 거부 이유 등에 관한 정보를 보관해야 합니다. 또한, 환자의 금융 지원에 대한 승인 또는 거부 기록이 환자의 진료 내역에 입력되어야 합니다.

**결제 제도**:환자는 자격이 되는 경우 결제 제도를 신청할 수 있습니다. 결제 제도는 Sutter Health 병원 청구 및 징수 정책에 의거하여 제공 및 협의됩니다.

2. **청구 및 징수**:
병원은 환자에게 비용을 지급받기 위해 합리적인 징수 노력을 기울일 수 있습니다. 병원 또는 병원과 계약한 징수 대행사는 금융 지원 신청 절차가 진행되는 동안 수집된 정보를 징수 과정에서 사용할 수 없습니다. 일반적인 징수 활동에는 환자 진료 내역서 발행, 전화 통화 및 환자 또는 보증인에게 발송된 청구에 대한 위탁 등이 포함될 수 있습니다. 계열사 및 수익 주기 부서에서는 환자 질문 및 청구 내용에 대한 불만 사항에 대해 조사하고 적절한 경우 이를 시정하며 적절한 시기에 환자에 대한 후속 조치가 이루어지도록 하는 절차를 개발해야 합니다. 병원 또는 징수 대행사는 어떠한 임시 징수 조치(Sutter Health 병원 청구 및 징수 정책에 정의된 사항)도 취하지 않습니다. 병원 청구 및 징수 정책은

Sutter Health 병원 웹사이트(www.sutterhealth.org) 또는 전화(855-398-1633)를 통해 무료로 받아보시거나 병원 환자 등록 부서, 환자 금융 서비스 사무실, 응급 부서에서 받으실 수 있습니다.

3. **OSHPD 제출**:
   Sutter Health 병원은 주정부의 보건의료 계획 및 개발부(OSHPD, Office of Statewide Planning and Healthcare Development)에 금융 지원 정책을 제출합니다. 이러한 정책은 다음의 OSHPD 웹사이트에서 찾아볼 수 있습니다. https://syfphr.oshpd.ca.gov/

4. **일반적으로 청구되는 금액:**
   내국세입법 501(r) 조항에 따라 병원은 일반 청구 시 Medicare를 활용합니다. 그러나 금융 지원 신청의 자격이 되는 환자는 비용을 지불하지 않으므로 일반 청구 금액 이상에 대해서는 경제적인 책임이 없습니다.

## 참고

내국세입법 501(r) 조항

26 연방 규정집 1.501(r)-1~1.501(r)-7 조항

캘리포니아 보건안전법 124700 ~ 127446 조항

본 정책은 Sutter Health 청구 및 징수 정책(재무 정책 14-227)과 함께 참조되도록 마련되었습니다.

## 첨부

별첨 A – 본 정책으로 보장되거나 보장되지 않는 의료 서비스 제공자
별첨 B – 금융 지원 신청서
별첨 C – 금융 지원 계산용 워크시트
별첨 D – Sutter Health의 자선 진료 대상 결정 통지 양식
별첨 E – 환자에 관한 주요 청구 정보
별첨 F – 권리 고지 사항
별첨 G – Sutter Health 제휴 병원, 실제 주소 및 금융 지원을 위한 웹사이트 주소

**별첨 A**

**본 정책으로 보장되거나 보장되지 않는 의료 서비스 제공자**

http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html에 있는 의료 서비스 제공자는 본 정책의 **적용을 받습니다**.

http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html에 있는 의료 서비스 제공자는 본 정책의 **적용을 받지 않습니다**.

**별첨 B**
**금융 지원 신청서**

환자 이름 _____ 배우자 _____
주소 _____ 전화 _____
진료 번호 _____ SNN _____ _____
(환자) (배우자)

가족 상태: 배우자, 동거인, 21세 미만 자녀를 기재합니다. 환자가 미성년자인 경우 양쪽 부모, 돌봐주는 친척, 21세 미만 형제자매를 기재합니다.

| 이름 | 나이 | 관계 |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**직장 및 직업**

직장 이름: _____ 직위: _____
연락처 및 전화번호: _____
자영업자인 경우 상호: _____

배우자 직장: _____ 직위: _____
연락처 및 전화번호: _____
자영업자인 경우 상호: _____

**현재 월 소득**

| | | 환자 | 다른 가족 |
|---|---|---|---|
| | 임금총액(공제 전) | | |
| *합산:* | 비즈니스 운영 수입(자영업자인 경우) | _____ | _____ |
| *합산:* | 기타 수입: | | |
| | 이자 및 배당금 | _____ | _____ |
| | 부동산 또는 동산으로 인한 수입 | _____ | _____ |
| | 사회보장연금 | _____ | _____ |
| | 기타(상세하게 기재): | _____ | _____ |
| | 이혼 수당 또는 후원금을 받음 | _____ | _____ |
| *공제:* | 이혼 수당 또는 후원금 지불 | _____ | _____ |
| *결과:* | 현재 월 소득 | _____ | _____ |
| | 현재 월 소득 합계(환자 및 배우자 합산) | _____ | _____ |
| | 상기 소득 | _____ | _____ |

**가족 규모**

총 가족 수 _____
(환자, 상기의 부모(미성년 환자의 경우), 배우자 및 자녀 합산)

| | 예 | 아니요 |
|---|---|---|
| 의료 보험이 있습니까? | □ | □ |
| 적용되는 다른 보험(예: 자동차 보험)이 있습니까? | □ | □ |
| 제3자로 인한 부상을 입었습니까(예: 자동차 사고 또는 미끄러져 넘어지는 등)? | □ | □ |

이 양식에 서명하면 Sutter Health가 의료비 할인 자격을 만족하는지 여부를 판단할 목적으로 고용 상태를 확인하는 데 동의하는 것이며 제공하는 정보의 증명 자료를 제출해야 할 의무가 발생할 수 있다는 것을 이해합니다.

_____ _____
(환자 또는 보증인 서명) (날짜)

_____ _____
(배우자 서명) (날짜)

**별첨 C**
**금융 지원 계산용 워크시트**

환자 이름: _____ 환자 진료 번호*:* _____
병원: _____

특별 고려 사항/사정: _____
_____
_____
_____

| | 예 | 아니요 |
|---|---|---|
| 환자에게 의료 보험이 있습니까? | □ | □ |
| 환자가 Medicare 적용 대상입니까? | □ | □ |
| 환자가 Medi-Cal 적용 대상입니까? | □ | □ |
| 환자가 기타 정부 프로그램(예: 범죄 피해자 등)의 적용 대상입니까? | □ | □ |

환자가 병원 자선 진료 또는 할인 프로그램에 신청하는 동시에 다른 의료 보장 프로그램을 신청하거나 해당 신청이 계류 중인 경우 각각의 신청으로 인해 다른 신청이 영향을 받지 않습니다.

| | | |
|---|---|---|
| 환자에게 다른 보험(예: 자동차 Medpay)이 있습니까? | □ | □ |
| 환자가 제3자 보험을 들었습니까? | □ | □ |
| 환자가 자기 부담으로 지급합니까? | □ | □ |

**금융 지원 계산:**

합산한 가족의 현재 월 소득 총계 $_____
(금융 지원 신청서의 정보)

가족 규모(금융 지원 신청서의 정보) _____

금융 지원을 받을 자격을 만족함 예 아니요

**별첨 D**

**통지 양식**
**SUTTER HEALTH**
**금융 지원 대상 여부 결정**

Sutter Health는 다음 환자에 대해 금융 지원 대상 여부를 결정했습니다.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| 환자 이름 | 진료 번호 | 진료일 |

환자에 의해, 또는 환자를 대신하여 _____에 금융 지원이 요청되었습니다.
이 결정은 _____에 완료되었습니다.

환자에 의해, 또는 환자를 대신하여 제출된 정보를 바탕으로 다음과 같은 결정을 내렸습니다.

_____에 제공된 진료에 대한 귀하의 금융 지원 요청이 승인되었습니다.
*금융 지원 금액을 공제한 후 귀하가 지불해야 하는 금액은* $_____입니다.

귀하의 금융 지원 요청에 대한 승인이 보류 중입니다. 그러나 귀하의 상황에 맞게 조정되려면 먼저 다음 정보를 제출해야 합니다.

_____
_____
_____
_____
_____

귀하의 금융 지원 요청이 다음과 같은 이유로 거부되었습니다.

이유: _____
_____
_____
_____
_____

금융 지원의 승인 여부는 병원에 제출된 정보가 얼마나 완전한지, 얼마나 정확한지에 따라 결정됩니다. 귀하가 다른 사람으로 인해 부상을 입었고 추가 소득이나 추가 보험이 있으며, 병원에서 제공된 서비스에 대한 귀하의 지불 능력에 관해 불완전하거나 부정확한 정보를 제출했음을 병원이 알게 된 경우 병원은 금융 지원 승인 결정을 취소하고 귀하 및/또는 제3자에게 병원 청구액에 대한 책임을 물을 것입니다.

금융 지원 신청서를 제출하는 동시에 다른 의료 보장 프로그램에 신청한 경우 각각의 신청으로 인해 다른 신청이 영향을 받지 않습니다.

본 결정에 관해 문의 사항이 있는 경우 다음으로 문의해 주시기 바랍니다.

_____
환자 금융 서비스
855-398-1633

**별첨 E**

**환자에 관한 주요 청구 정보**
**이해하기 쉽게 표현된 금융 지원 정책 요약**

Sutter Health를 선택해 주셔서 감사합니다. 본 자료는 자격을 만족하는 환자가 이용할 수 있는 금융 지원, 지원 신청 절차 및 환자별 결제 옵션에 관한 환자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다. 귀하의 병원 청구서에는 의사, 마취 전문의, 임상 전문의, 앰뷸런스 회사 및 서비스에 대해 별도의 청구서를 발행할 수 있는 기타 서비스 제공자로부터 귀하가 입원해 있는 동안 받을 수 있는 서비스에 대한 청구서는 포함되지 않습니다. 귀하가 다른 서비스 제공자로부터 발행된 청구를 지불하는 데 도움이 필요한 경우에는 해당 서비스 제공자에게 직접 문의해야 합니다.

**응급 의료 서비스:** 귀하가 병원의 응급 의료 서비스를 받은 경우 응급실 담당 의사에 대한 별도의 청구서를 받습니다. 응급실 의사의 서비스에 관한 문의 사항은 해당 의사에게 직접 문의하십시오. 보건안전법 127450 조항에 정의된 긴급한 진료 서비스를 제공하는 병원에서 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사는 연방 저소득 기준의 350% 이하에 해당하는 무보험 환자 또는 고액 의료비를 부담해야 하는 보험 가입 환자에게 할인을 제공하도록 법으로 규정되어 있습니다.

**결제 옵션:** Sutter Health는 귀하의 병원 청구서 지불을 지원하기 위한 여러 가지 옵션을 제공합니다.

**결제 제도:** 환자가 지급하면 영수합니다. 환자는 병원 청구액에 대한 지불 계약을 체결하도록 선택할 수 있습니다. 환자 금융 서비스팀에서 환자가 병원 청구액을 일정 기간에 걸쳐 지불하도록 허용하는 지불 계약을 수락하려면 금융 합의서에 서명해야 합니다. 이러한 계약은 소득이 적은 무보험 환자 및 고액 의료비를 부담해야 하는 특정 소득의 환자를 위해 무이자로 제공됩니다. 병원과 환자는 결제 제도를 협의합니다.

**Medi-Cal & 정부 프로그램 지원 대상:** 귀하는 정부에서 후원하는 의료 혜택 프로그램의 대상이 될 수 있습니다. Sutter Health 에는 Medi-Cal과 같은 정부 프로그램에 신청하도록 도와주는 직원이 상주하고 있습니다. 정부 프로그램에 관한 추가 정보를 얻거나 해당 프로그램을 신청하기 위해 도움이 필요한 경우 환자 금융 지원(855-398-1633)팀에 문의하십시오. 본 병원은 필요한 경우 정부 지원을 신청하기 위해 추가로 도움을 제공할 수 있는 기관과 계약이 되어 있습니다.

**Covered California:** 귀하는 오바마 케어(부담적정보험법, Affordable Care Act)에 따른 캘리포니아 의료 보험 거래소인 Covered California의 의료비 보장 대상이 될 수 있습니다. Covered California를 통한 의료 보험 보장을 신청할 자격을 만족하는지 알아보기 위해 자세한 내용 및 지원을 받으려면 병원 금융 지원팀(855-398-1633)에 문의하세요.

**금융 지원(자선 진료) 요약:** Sutter Health는 신청 자격을 만족하는 저소득층 환자 및 진료비의 상당 부분을 환자가 지불해야 하는 보험에 가입되어 있는 환자에게 금융 지원을 제공하기로 약속합니다. 다음은 금융 지원 대상 요건 및 금융 지원을 받으려는 환자의 신청 절차에 대한 요약 내용입니다. 금융 지원을 받을 수 있는 환자의 유형은 다음과 같습니다.

- 보험 회사, 정부 프로그램 등 의료비의 일부를 지불할 수 있는 제3의 자금 출처가 없는 **동시에** 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하는 환자.

- 보험에 가입되어 있지만 (i) 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하거나 **동시에** (ii) (지난 12개월 동안 병원 계열사에서 발생했거나 다른 의료 서비스 제공업체에 지불한) 환자 본인 및 가족의 의료비가 환자 가족 소득의 10%를 초과한 환자.

- 보험에 가입되어 있지만 병원에 입원하기 이전이나 입원해 있는 동안 보험금을 다 쓰고 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하는 환자.

병원의 환자 연락/등록(Patient Access / Registration) 부서 내에 있는 환자 금융 서비스에서 받을 수 있는 신청서 양식을 사용하거나 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)으로 전화하거나 Sutter Health 병원 웹사이트(www.sutterhealth.org)에서 금융 지원을 신청할 수 있습니다. 신청 절차를 완료하도록 지원하는 환자 금융 서비스 담당자와의 상담을 통해 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청이 처리되는 동안 가족 수, 월 소득에 관한 정보 및 병원에서 환자의 금융 지원 대상 여부를 결정하는 데 도움이 되는 기타 정보를 제출하라는 요청을 받습니다. Sutter에서 소득을 확인하기 위해 급여명세서 또는 세금 납부 기록을 제출하라는 요청을 받을 수 있습니다.

환자가 신청서를 제출하면 병원에서 정보를 검토하고 지원 대상 여부에 관해 서면으로 환자에게 알려줍니다. 신청이 처리되는 동안 질문이 있는 경우 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의할 수 있습니다.

병원의 결정에 동의하지 않는 경우 환자 금융 서비스팀에 이의를 제기할 수 있습니다.

정부 프로그램 신청서 외에도 병원 금융 지원 정책 사본, 이해하기 쉽게 표현된 요약본, 신청서를 병원 환자 등록팀이나 환자 금융 서비스팀 및 sutterhealth.org에서 다양한 언어 버전으로 직접 다운로드하거나 이메일로 전달받을 수 있습니다. 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하는 경우 금융 지원 정책 사본을 무료로 발송해드릴 수 있습니다.

내국세입법 501(r) 조항에 따라 병원은 일반 청구 시 Medicare를 활용합니다. 그러나 금융 지원 신청의 자격이 되는 환자는 비용을 지불하지 않으므로 일반 청구 금액 이상에 대해서는 경제적인 책임이 없습니다.

**예상 견적서 가용 여부 통지:** 귀하는 병원 서비스에 대한 귀하의 재정적 책임 예상액을 서면으로 요청할 수 있으며 이러한 견적 요청은 근무 시간 중에 이루어져야 합니다. 견적을 통해 병원에서 합리적으로 제공할 것으로 예상되는 의료 서비스, 절차 및 물품에 대해 환자가 지불할 예상 금액에 대한 정보를 얻을 수 있습니다. 견적서는 환자의 진단 결과에 해당하는 평균적인 입원 기간 및 제공 서비스를 바탕으로 작성되며 고정 비용으로 서비스를 제공하겠다는 약속은 아닙니다. 환자의 금전적 부담액은 환자가 실제로 받을 서비스를 기준으로 견적서의 금액보다 많거나 적을 수 있습니다.

병원은 병원 서비스 금액에 대한 견적서만을 제공하며 환자가 병원에 있는 동안 개별 담당 의사, 마취 전문의, 병리학 전문의, 방사선 전문의, 앰뷸런스 회사 또는 기타 병원 직원이 아닌 의료 전문가의 진료 청구 등 의사에게 받는 서비스에 대해 추가 요금이 부과될 수 있습니다. 환자는 그러한 서비스에 대해 별도의 청구서를 받을 수 있습니다.

서면 견적서에 관해 문의 사항이 있는 경우 환자 연락팀(855-398-1637)에 문의하십시오. 질문이 있거나 전화로 지불하려는 경우 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하세요.

**별첨 F**

**권리 고지 사항**

최근의 진료를 위해 Sutter Health 병원을 선택해 주셔서 감사드립니다. 병원 방문 시 동봉된 요금 내역서를 확인해 주시기 바랍니다. **즉시 납부하셔야 되는 금액입니다.** 아래에 나온 재정 조건에 부합하거나 즉시 비용을 지불하는 경우 할인을 적용받을 수 있습니다.

본 청구서에는 병원 서비스에 대한 청구만 포함되어 있습니다. 환자가 병원에 있는 동안 개별 담당 의사, 마취 전문의, 병리학 전문의, 방사선 전문의, 앰뷸런스 회사 또는 기타 병원 직원이 아닌 의료 전문가의 진료 청구 등 의사에게 받는 서비스에 대해 추가 요금이 부과될 수 있습니다. 그러한 서비스에 대해 별도의 청구서를 받을 수 있습니다.

**환자 권리 요약:** 주 법률 및 연방 법률에 따라 채무 징수 대행업자는 환자를 공정하게 대해야 하며 채무 징수 대행업자가 거짓 진술 또는 폭력을 쓰겠다고 협박을 하거나 외설적 또는 노골적인 표현을 사용하거나 환자의 고용주를 포함한 제3자에게 부적절한 정보를 전달하는 등의 행위가 금지됩니다. 특별한 상황을 제외하고 채무 징수 대행업자는 오전 8시 이전이나 오후 9시 이후에 환자에게 연락할 수 없습니다. 일반적으로 채무 징수 대행업자는 환자의 변호사나 배우자가 아닌 다른 사람에게 채무에 관한 정보를 제공할 수 없습니다. 단, 채무 징수 대행업자는 환자의 위치를 확인하거나 판결을 집행하기 위해 다른 사람에게 연락할 수 있습니다. 채무 징수 활동에 대한 더 자세한 내용은 연방 통상 위원회(전화: 1-877-FTC-HELP(382-4357) 또는 온라인: www.ftc.gov)에 문의하십시오.

비영리 기관의 신용 상담 서비스 외에도 지역 법률 서비스 사무실의 소비자 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 안내를 원하면 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하십시오.

Sutter Health는 외부의 징수 대행사와 환자의 미수금을 징수하는 계약이 체결되어 있습니다. 징수 대행사는 병원의 정책을 준수해야 합니다. 징수 대행사는 또한 병원 및 환자가 합의한 지불 제도가 있음을 인정하고 이를 따라야 합니다.

**금융 지원(자선 진료):** Sutter Health는 신청 자격을 만족하는 저소득층 환자 및 진료비의 상당 부분을 환자가 지불해야 하는 보험에 가입되어 있는 환자에게 금융 지원을 제공하기로 약속합니다. 다음은 금융 지원 대상 요건 및 금융 지원을 받으려는 환자의 신청 절차에 대한 요약 내용입니다. 금융 지원을 받을 수 있는 환자의 유형은 다음과 같습니다.

- 보험 회사, 정부 프로그램 등 의료비의 일부를 지불할 수 있는 제3의 자금 출처가 없는 **동시에** 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하는 환자.
- 보험에 가입되어 있지만 (i) 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하거나 **동시에** (ii) (지난 12개월 동안 병원 계열사에서 발생했거나 다른 의료 서비스 제공업체에 지불한) 환자 본인 및 가족의 의료비가 환자 가족 소득의 10%를 초과한 환자.
- 보험에 가입되어 있지만 병원에 입원하기 이전이나 입원해 있는 동안 보험금을 다 쓰고 가족의 소득이 연방 저소득 기준의 400% 이하에 해당하는 환자.

병원의 환자 연락/등록(Patient Access / Registration) 부서 내에 있는 환자 금융 서비스에서 받을 수 있는 신청서 양식을 사용하거나 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)으로 전화하거나 Sutter Health 병원 웹사이트(www.sutterhealth.org)에서 금융 지원을 신청할 수 있습니다. 신청 절차를 완료하도록 지원하는 환자 금융 서비스 담당자와의 상담을 통해 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청이 처리되는

동안 가족 수, 월 소득에 관한 정보 및 병원에서 환자의 금융 지원 대상 여부를 결정하는 데 도움이 되는 기타 정보를 제출하라는 요청을 받습니다. Sutter에서 소득을 확인하기 위해 급여명세서 또는 세금 납부 기록을 제출하라는 요청을 받을 수 있습니다.

환자가 신청서를 제출하면 병원에서 정보를 검토하고 지원 대상 여부에 관해 서면으로 환자에게 알려줍니다. 신청이 처리되는 동안 질문이 있는 경우 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의할 수 있습니다.

병원의 결정에 동의하지 않는 경우 환자 금융 서비스팀에 이의를 제기할 수 있습니다.

정부 프로그램 신청서 외에도 병원 금융 지원 정책 사본, 이해하기 쉽게 표현된 요약본, 신청서를 병원 환자 등록팀이나 환자 금융 서비스팀 또는 sutterhealth.org에서 다양한 언어 버전으로 직접 다운로드하거나 이메일로 전달받을 수 있습니다. 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하는 경우 금융 지원 정책 사본을 무료로 발송해드릴 수 있습니다.

내국세입법 501(r) 조항에 따라 병원은 일반 청구 시 Medicare를 활용합니다. 그러나 금융 지원 신청의 자격이 되는 환자는 비용을 지불하지 않으므로 일반 청구 금액 이상에 대해서는 경제적인 책임이 없습니다.

**보류 중인 신청:** 자선 진료 신청서를 제출하는 동시에 다른 의료 보장 프로그램을 신청한 경우 각각의 신청으로 인해 다른 신청이 영향을 받지 않습니다.

**의료 보험/정부 프로그램에 의한 보장/금융 지원:** 의료 보험 보장, Medicare, Medi-Cal, 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services) 또는 본 청구서에 대한 다른 자금 출처가 있는 경우 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하십시오. 적절한 경우 환자 금융 서비스팀은 환자의 진료비를 해당 기관에 청구합니다.

의료 보험이 없거나 Medi-Cal 또는 Medicare 같은 정부 프로그램을 통해 보장받을 수 없는 경우 정부 프로그램 지원을 받을 수 있습니다. 환자 금융 서비스팀은 신청서 양식을 제공하고 신청 처리 과정에서 도움을 제공합니다.

이 청구서의 대상인 서비스를 보장하는 금융 지원 지급 판정을 병원으로부터 받은 경우 환자 금융 서비스팀(855-398-1633)에 문의하십시오.

**캘리포니아 의료 보험 거래소(California Health Benefit Exchange):** Covered California에 따라 의료 보험 보장을 받을 수 있습니다. Covered California를 통한 의료 보험 보장을 신청할 자격을 만족하는지 알아보기 위해 자세한 내용 및 지원을 받으려면 병원 비즈니스 서비스팀에 문의하십시오.

**연락처 정보:** 병원 청구서에 관한 질문이 있거나 금융 지원 또는 정부 프로그램에 신청하려면 환자 금융 서비스팀에 문의하십시오. 전화번호는 855-398-1633입니다. 통화 가능한 시간은 월~금 오전 8시부터 오후 5시입니다.

**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