

ATENCIÓN

A fin de recibir un pago o una cuenta descontada conforme a este acuerdo, debe completar un Formulario de Reclamo y:

- Devolverlo por correo de Primera Clase de los EE.UU., matasellado a más tardar el 17 de enero de 2007, **O**
- Entregarlo por cualquier otro medio a más tardar el 17 de enero de 2007 a la siguiente dirección:

Settlement Administrator for
Sutter Health Uninsured Pricing Cases
Claims Administration Center
P.O. Box 38
Minneapolis, MN 55440-0038

Si no remite un Formulario de Reclamo y no solicita que se le excluya de este acuerdo:

- no recibirá ningún reembolso o descuento sobre cuenta(s) hospitalaria(s) previa(s) en relación con este Acuerdo;
- estará legalmente obligado(a) por el Acuerdo en caso de que el Tribunal lo apruebe;
- no podrá interponer una demanda por separado contra Sutter Health o cualquiera de sus hospitales en relación con las cuestiones planteadas en esta demanda colectiva.

