

Instrucciones para enviar su formulario de reclamo del consumidor

Si recibió un aviso por correo postal o por correo electrónico, que incluya el monto de su compra y acepta los montos, debe seguir las instrucciones para enviar el Formulario de reclamo. Si no recibió un aviso o cree que tiene montos adicionales por lo que pagó directamente a NorthShore University HealthSystem (anteriormente conocida como Evanston Northwestern Healthcare) (“NorthShore”) por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center en los Estados Unidos de América y Puerto Rico entre el 10 de febrero, 2000 y el 31 de diciembre de 2015, puede presentar un reclamo para solicitar una parte del Fondo del Acuerdo. Debe completar este Formulario de reclamo y enviarlo por correo al Administrador de avisos y reclamos a la dirección que se proporciona a continuación con matasellos fechado, o puede enviar su reclamo en línea en www.NorthShoreAntitrustLitigation.com, **a más tardar el 4 de abril de 2024**.

- Complete todas las partes requeridas del Formulario de reclamo adjunto:
 1. Complete la *sección A*. Debe proporcionar su nombre e información de contacto.
 2. Revise y complete la *Sección B* para confirmar que cumple los debidos requisitos para presentar un reclamo.
 3. Complete la *Sección C* para proporcionar información sobre el monto total pagado directamente a NorthShore University HealthSystem (anteriormente conocida como Evanston Northwestern Healthcare) (“NorthShore”) por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center en los Estados Unidos de América y Puerto Rico entre el 10 de febrero de 2000 y el 31 de diciembre de 2015.
 4. Revise la *Sección D* y proporcione documentos para indicar el monto que pagó directamente a NorthShore University HealthSystem (anteriormente conocida como Evanston Northwestern Healthcare) (“NorthShore”) por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center en los Estados Unidos de América y Puerto Rico entre el 10 de febrero de 2000 y el 31 de diciembre de 2015.
 5. Revise la *Sección E* y firme el Formulario de reclamo para certificar que la información que entrega es verás y correcta a su leal saber y entender.
- Si firma y envía el Formulario de reclamo, usted declara bajo la gravedad de juramento que cumple los requisitos para presentar un reclamo.
- Tiene dos opciones para enviar un Formulario de reclamo:
 - Puede enviar por correo postal su Formulario de reclamo completo y firmado y los documentos de respaldo por correo postal de primera clase de EE. UU., con franqueo prepago y con matasellos a más tardar el **4 de abril de 2024**, a:

Litigio antimonopolio de NorthShore
c/o A.B. Data, Ltd.
P.O. Box 170990
Milwaukee, WI 53217

○

- Puede completar y enviar el Formulario de reclamo y cargar documentos de respaldo en el sitio web del Acuerdo, www.NorthShoreAntitrustLitigation.com. Si completa el Formulario de reclamo en línea, recibirá un recibo que indicará que su reclamo fue enviado. Si elige esta opción y presenta un reclamo en forma electrónica, su firma electrónica y el envío del formulario cumplirán con los requisitos de la Ley de Firmas Electrónicas, título 15 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) § 7001, y siguientes, y tendrán la misma vigencia y efecto que si usted firmara el Formulario de Reclamo en copia impresa.
- Si su Formulario de reclamo completado no tiene matasellos fechado ni se presenta en línea a más tardar el **4 de abril de 2024**, no recibirá un pago de este Acuerdo de conciliación. El envío de este Formulario de reclamo no garantiza que usted recibirá un pago del Acuerdo de conciliación.

**DEBE TENER MATASELLOS
FECHADO A MÁS TARDAR
EL 4 DE ABRIL DE 2024 O
ENVIARSE EN LÍNEA A MÁS
TARDAR EN ESA FECHA**

Litigio antimonopolio de NorthShore

FORMULARIO DE RECLAMO DEL CONSUMIDOR

Usar solo tinta azul o negra

Atención: Este formulario solo debe completarse si usted es un **Consumidor**. Si usted es un Pagador externo, complete el Formulario de reclamo del Pagador externo, disponible en www.NorthShoreAntitrustLitigation.com.

Sección A: Identificación del reclamante

Nombre del reclamante

Agente/Representante legal (si lo hubiera)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono diurno

Dirección de correo electrónico*

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza al Administrador de avisos y reclamos a utilizarlo para enviarle información pertinente para este reclamo.

Sección B: ¿Debo presentar un Formulario de reclamo?

Usted puede cumplir los requisitos para presentar un Formulario de reclamo y obtener un pago del Acuerdo de conciliación propuesto, si cumple con los siguientes criterios:

Todas las personas o entidades en los Estados Unidos de América y Puerto Rico, excepto aquellas que pagaron únicamente copagos de monto fijo, no asegurados que no pagaron su factura, pacientes de Medicaid y Traditional Medicare, entidades gubernamentales, demandados, otros proveedores de servicios sanitarios, y las actuales y pasadas entidades matrices, predecesoras, subsidiarias y filiales del demandado y otros proveedores de servicios sanitarios, que compraron o pagaron por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados directamente de NorthShore University HealthSystem (anteriormente conocido como Evanston Northwestern Healthcare), sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center entre el 10 de febrero de 2000 y el 31 de diciembre de 2015.

No debe presentar un reclamo si se encuentra entre los siguientes:

- personas o entidades que solo pagaron por servicios ambulatorios;
- personas que pagaron solo una cantidad fija a NorthShore a través de copagos;
- personas sin seguro que no pagaron su factura;
- pacientes de Medicaid y Traditional Medicare;
- personas que solo recibieron servicios en el Skokie Hospital (anteriormente conocido como Rush North Shore Medical Center); y
- cualquier persona que se haya excluido previamente del Grupo de demandantes.

Sección C: Información de compra

Proporcione el monto total pagado directamente a NorthShore por los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center, entre el 10 de febrero de 2000 y el 31 de diciembre de 2015, en los Estados Unidos de América y Puerto Rico.

Importe total pagado:	\$
-----------------------	----

Sección D: Documentación del reclamo y disputas relativas a los importes del reclamo

También debe presentar cualquiera de los siguientes documentos aceptables para respaldar su reclamo:

- Facturas, estados de cuenta u otros registros que demuestren que usted pagó directamente a NorthShore por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center, entre el 10 de febrero de 2000 y el 31 de diciembre de 2015, en los Estados Unidos de América y Puerto Rico.

Nota: puede presentar un reclamo incluso si no puede proporcionar en este momento ninguno de los documentos de reclamo antes indicados siempre que complete la Certificación en la Sección E. Sin embargo, si no proporciona ningún documento de reclamo de respaldo, el Administrador de avisos y reclamos puede solicitar documentos de reclamo o pruebas adicionales después de enviar su Formulario de reclamo. Conserve todos los registros de sus compras. Los reclamos pueden ser auditados y rechazados debido a problemas de fraude o cantidades potencialmente imprecisas basadas en las compras promedio previstas.

Si el Administrador de avisos y reclamos rechaza o reduce su reclamo y usted cree que el rechazo o la reducción es un error, puede comunicarse con el Administrador de avisos y reclamos para solicitar una revisión adicional. Si la disputa relacionada con su reclamo no puede ser resuelta por el Administrador de avisos y reclamos y los Abogados del Grupo de demandantes, usted puede solicitar que el Tribunal revise su reclamo.

Sección E: Certificación

He leído y estoy familiarizado con el contenido de las instrucciones que acompañan a este Formulario de reclamo. Certifico que la información que suministré en este Formulario de reclamo y en cualquier documento que yo adjunte es verás, correcta y completa a mi leal saber y entender. Certifico que yo, o el/los miembro(s) del Grupo de demandantes que represento estoy/están ubicados dentro de los Estados Unidos o Puerto Rico, y compré/compraron o pagué/pagaron por servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados directamente de NorthShore University HealthSystem (anteriormente conocida como Evanston Northwestern Healthcare), sus hospitales, entidades predecesoras, subsidiarias o filiales de propiedad absoluta distintos de los adquiridos como resultado de la fusión con Rush North Shore Medical Center desde el 10 de febrero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2015.

Además, certifico que yo, o los miembros del Grupo de demandantes que yo represento, no pedí/pedimos ser excluido(s) (“retirarse”) del grupo de demandantes en esta demanda y que no estoy/están excluido(s) del Grupo de demandantes según se describe en la sección B de este Formulario de reclamo.

Además, certifico que he proporcionado toda la información solicitada en la medida en que la tenga.

Además, certifico que yo, y los miembros del Grupo de demandantes que yo represento, hemos leído y estamos familiarizados con las exenciones establecidas en el párrafo 10 del Acuerdo de conciliación y entiendo/entienden que al permanecer en el Grupo de demandantes renuncian a sus derechos y ya no pueden demandar ni participar en ninguna demanda contra el Demandado en el futuro sobre los reclamos resueltos en esta demanda.

Por la presente me someto a la jurisdicción del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Illinois, División Este, para todos los fines relacionados con este Formulario de reclamo, incluida la resolución de disputas relacionadas con este Formulario de reclamo. Reconozco que si proporcioné información o declaraciones falsas en relación con este reclamo, puedo estar sujeto a sanciones, incluido el procesamiento penal. Si el Administrador de avisos y reclamos solicita documentos de respaldo adicionales para complementar este Formulario de reclamo y la información que contiene, ¿TIENE PREGUNTAS? LLAME AL 1-800-952-3716 O VISITE WWW.NORTHSHOREANTITRUSTLITIGATION.COM. PÁGINA 3 DE 4

acepto suministrarlos.

Certifico que la información anterior proporcionada por el abajo firmante es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que este Formulario de reclamo se firmó el _____ de 2024.

Firma

Nombre en letra de imprenta o escrito a máquina

Envíe por correo su Formulario de reclamo completo, junto con cualquier documento disponible que respalde su reclamo, a la dirección que se indica a continuación con matasellos fechado a más tardar el **4 de abril de 2024**, o envíe la información en línea en el sitio web a continuación a más tardar en esa fecha:

NorthShore Antitrust Litigation
c/o A.B. Data, Ltd.
P.O. Box 170990
Milwaukee, WI 53217
Teléfono gratuito: 1-800-952-3716
Visite: www.NorthShoreAntitrustLitigation.com

LISTA DE VERIFICACIÓN:

1. Complete y firme el Formulario de reclamo anterior o complete el Formulario de reclamo en línea. Adjunte o cargue cualquier documento que respalde su reclamo.
2. Conserve una copia de su Formulario de reclamo y los documentos de respaldo para sus registros.
3. Si también desea recibir un recibo que confirme que se recibió su Formulario de reclamo, complete el formulario en línea o envíelo por correo certificado, con acuse de recibo.
4. Si se muda o cambia su nombre, envíe su nueva dirección y/o su nuevo nombre o información de contacto al Administrador de Avisos y Reclamos a info@NorthShoreAntitrustLitigation.com o por correo postal de EE. UU. a la dirección anterior.