



## Formulario de reclamo para paciente sin seguro

El Tribunal ha aprobado de manera preliminar un acuerdo para demanda colectiva que puede otorgarle el derecho a obtener un reembolso, una boleta o un nuevo cálculo de facturas por servicios médicos existentes que usted ha recibido de uno de los hospitales de Resurrection. Para procesar su reclamo, usted debe llenar este formulario.

**Por favor siga cuidadosamente las instrucciones. Instrucciones en el reverso.**

### PASO 1: Determinar la elegibilidad

**Nota: Para ser elegible, usted debe responder "Verdadero" "Falso" o "Inseguro" a cada una de las siguientes declaraciones.**

Verdadero	Falso	Inseguro			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. El paciente recibió el cuidado médicamente necesario de un hospital de Resurrection. <u>Marque todos los hospitales en donde ha recibido atención:</u>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Resurrection Medical Center  <input type="checkbox"/> Saint Mary of Nazareth Hospital  <input type="checkbox"/> Holy Family Medical Center  <input type="checkbox"/> West Suburban Medical Center                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Our Lady of the Resurrection Medical Center  <input type="checkbox"/> St. Elizabeth Hospital  <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital  <input type="checkbox"/> Westlake Community Hospital                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Resurrection Medical Center <input type="checkbox"/> Saint Mary of Nazareth Hospital <input type="checkbox"/> Holy Family Medical Center <input type="checkbox"/> West Suburban Medical Center	<input type="checkbox"/> Our Lady of the Resurrection Medical Center <input type="checkbox"/> St. Elizabeth Hospital <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital <input type="checkbox"/> Westlake Community Hospital
<input type="checkbox"/> Resurrection Medical Center <input type="checkbox"/> Saint Mary of Nazareth Hospital <input type="checkbox"/> Holy Family Medical Center <input type="checkbox"/> West Suburban Medical Center	<input type="checkbox"/> Our Lady of the Resurrection Medical Center <input type="checkbox"/> St. Elizabeth Hospital <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital <input type="checkbox"/> Westlake Community Hospital				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. El paciente recibió atención entre el 16 de septiembre de 2001 y el 19 de septiembre de 2008. <u>Encierre con un círculo todos los años en los que se recibió atención:</u> 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. El <b>paciente</b> (a) tiene una factura pendiente por servicios hospitalarios en Resurrection <b>o</b> (b) tuvo facturas por servicios hospitalarios en Resurrection por un total mayor a \$500 en un solo año y pagó algunas o todas las facturas.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. El <b>paciente</b> (a) vivió en el Condado de Cook (o en un condado cercano) <b>o</b> (b) recibió atención de emergencia en un hospital de Resurrection.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. El paciente recibió servicios hospitalarios médicamente necesarios.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. El paciente no estaba cubierto para los servicios hospitalarios al momento de haber recibido los servicios por una cuenta de ahorros de atención médica, una póliza de seguro privado o un plan de salud que proporcione beneficios hospitalarios (incluyendo, sin limitación, cualquier póliza o plan patrocinado o administrado por empleadores, sindicatos, asociaciones de beneficio mutuo o compensaciones laborales; cualquier plan ERISA; Medicare, Medicaid, SCHIP o CHAMPUS; u otra cobertura de terceros, aplicable a la totalidad o parte de cualquier factura hospitalaria) o institución que paga la indemnización.		

### PASO 2: Acerca del paciente

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección</b>		<b>Departamento/Piso/Suite/Habitación</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>Número de seguro social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<b>Teléfono de casa</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

**PASO 3: Acerca de la persona responsable de pagar la factura**

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección</b>		<b>Departamento/Piso/Suite/Habitación</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>Número de seguro social</b>	<b>Relación con el paciente</b>	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Teléfono de casa</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

**Complete lo siguiente para el paciente por cada año de atención que recibió:**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de miembros en el hogar:								
Ingreso familiar anual:								
Patrimonio inmobiliario estimado:								
Otros ingresos (manutención de menores, pago de intereses, pensión):								
Otros activos (ahorros, acciones, mercado de valores, certificados de depósito (CD)):								

**DEBE DEVOLVER ESTE FORMULARIO CON COPIAS DE LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS EN LAS INSTRUCCIONES.**

**PASO 4: Autorice y firme (Persona responsable de pagar la factura)**

Autorizo a Resurrection Health Care para que divulgue mi nombre y dirección, establecidos anteriormente, a Lic. George S. Bellas, en Clifford Law Offices PC (Abogado del Grupo) para que el abogado del Grupo pueda ayudarme con mi reclamo.

*Por este medio declaro que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender, y que comprendo que se proporciona para ser utilizada como evidencia en un tribunal y está sujeta a pena por perjurio. Además, entiendo que cualquier información falsa podría resultar en mi inelegibilidad o que me sea requerido pagar de vuelta, cualquier boleta de Resurrection con base en esa información.*

Firma de la persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de noviembre de 2008

Estimado paciente de hospital de Resurrection:

Usted recibió esta carta porque usted puede ser elegible para participar en un acuerdo para demanda colectiva. El Tribunal ha aprobado de manera preliminar un acuerdo para demanda colectiva que puede otorgarle el derecho a obtener un reembolso en forma de una boleta o un nuevo cálculo de una factura por servicios médicos existente que usted ha recibido de Resurrection. Por favor, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones. Llene el formulario de reclamo que se encuentra en el reverso. Las declaraciones en el Paso 1 le permitirán determinar si usted es elegible para participar.

Si tiene alguna pregunta, llame al 877-498-8914 (número telefónico gratuito). El horario telefónico es de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. horario de la zona central.

Gracias,  
Resurrection Health Care

## INSTRUCCIONES

Utilice este formulario para presentar un Reclamo según lo permita la demanda colectiva

Utilice un formulario por cada persona que ha recibido atención. Puede utilizar el mismo formulario si el paciente recibió atención en diferentes años.

**Los formularios de reclamos deben estar marcados con matasellos antes del 16 de febrero de 2009.** Si el formulario no está lleno con la Documentación **requerida** (como se define a continuación), Resurrection Health Care no puede procesar su formulario de reclamo. Los formularios y registros de impuestos presentados no le serán devueltos.

Para llenar este formulario:

**Paso 1:** Coloque un signo “√” junto a Verdadero, Falso o Inseguro por CADA declaración. Coloque un signo “√” junto a todos los hospitales en donde usted ha recibido atención médica. Haga un círculo alrededor de todos los años en donde usted recibió atención médica.

**Paso 2:** Llene la información sobre el paciente.

**Paso 3:** Llene la información sobre la persona que fue responsable del pago de la factura médica en el momento en que se recibió la atención médica. La persona responsable del pago de la factura puede ser el paciente. Debe presentar las copias de la siguiente **Documentación** para el paciente:

- Constancia de identificación (por lo menos UNA de las siguientes: licencia de conducir; identificación del estado; tarjeta de identificación; pasaporte; green card (tarjeta de residencia permanente); matrícula consular)
- Constancia de ingresos (copias de los Registros de declaración de impuesto federal y sobre propiedades por cada año en el que se recibió atención médica; si no tiene Registros de declaración de impuesto federal y sobre propiedades, presente la verificación de sus ingresos por cada año en que se recibió atención médica. Ejemplos: estado de cuenta bancario, estados de cuenta para fondos de acciones y mercado de valores)

**Paso 4:** Coloque un signo “√” junto al cuadro si usted autoriza a Resurrection Health Care a que divulgue su nombre y dirección a George Bellas de Clifford Law Office (Abogado del Grupo) en el caso Niewinski v. Resurrection Health Care Corp., N.º 04 CH 15187, para que el abogado del Grupo lo pueda ayudar con su reclamo. Al marcar el cuadro, usted comprende y está de acuerdo:

- A. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso escrito de mi revocatoria a Resurrection a la dirección establecida a continuación; sin embargo, cualquier revocatoria no aplicará a ninguna información ya divulgada de acuerdo con esta autorización.
- B. Comprendo que la información divulgada bajo esta autorización, puede ser divulgada por el receptor en la medida en que lo permita la ley.
- C. Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará de manera adversa mi capacidad de recibir tratamiento, inscribirme en un plan de salud, ser elegible para beneficios de atención médica u obtener pago por servicios de atención médica.
- D. Si firmo en nombre del paciente, declaro, bajo pena de perjurio, que tengo la autoridad de actuar en nombre del paciente.

La persona responsable del pago de la factura deberá firmar el formulario. Devuelva este formulario con las COPIAS de la **Documentación** a:

**RESURRECTION HEALTH CARE SETTLEMENT ADMINISTRATION**

**P.O. BOX 56798**

**JACKSONVILLE, FL 32241-6798**