

Claimant ID: <<00ID>>, Confirmation Number <<Confirmation Number>>
Global Identification Number: <<Global ID>>
Software: <<Software>>

Pulmonary Associates de Charleston, PLLC, et al. v. Greenway Health, LLC, et al.
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Georgia, Caso No. 3: 19-cv-167

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Instrucciones: Puede enviar este formulario por correo o presentar reclamaciones en línea en www.EHRsettlement.com. La fecha límite para enviar u obtener el matasellos de una reclamación es el 1 de noviembre de 2021.

Envíe las reclamaciones y la documentación de respaldo a:

**Greenway EHR Settlement
1650 Arch Street, Suite 2210
Philadelphia, PA 19103**

Lea atentamente el Aviso de la demanda colectiva (disponible en www.EHRsettlement.com) sobre el Acuerdo antes de completar este formulario. Los términos de este Formulario de reclamación se definen en el Aviso de demanda colectiva y el Acuerdo de conciliación, ambos disponibles en el sitio web del Acuerdo o llamando al 833-906-3771 o enviando un correo electrónico a info@EHRsettlement.com.

Nota: Si envía reclamaciones para más de un producto Greenway, complete un formulario separado para cada producto.

I. PREGUNTAS GENERALES

Pregunta 1: Nombre completo

Pregunta 2: Dirección de correo electrónico

Pregunta 3: Número de teléfono

Pregunta 4: Nombre completo del cliente de Greenway (nombre del consultorio o del proveedor si es un proveedor individual)

Pregunta 5: Número de identificación global del cliente de Greenway (nombre del consultorio o del proveedor individual) (el número de identificación global suele aparecer en su contrato y/o facturas recientes)

Pregunta 6: ¿Qué producto de Greenway concierne a esta reclamación? (Seleccione solo uno; si envía reclamaciones para más de un producto, complete un formulario separado para cada producto).

Prime Suite **Intergy** **SuccessEHS**

Otros (_____)

Pregunta 7: Dirección postal actual del cliente de Greenway

Claimant ID: <<00ID>>, Confirmation Number <<Confirmation Number>>
Global Identification Number: <<Global ID>>
Software: <<Software>>

- b. Capturas de pantalla del panel de medidas de promoción de la interoperabilidad de cualquier momento después de los primeros 90 días del período de informe que muestran que las medidas se estaban cumpliendo de acuerdo con la información proporcionada por Greenway.

V. RECLAMACIONES DE AJUSTES MIPS

Pregunta 1: Para cada proveedor por el cual usted reclama un ajuste positivo perdido para el Programa de incentivos basados en el mérito, ¿cada proveedor sostiene que no pudo atestiguar razonablemente para 2018, 2019 o 2020 como resultado de problemas con el tablero y/o EHR en el software de Greenway?

Si **No**

Pregunta 1.a.: Para cada proveedor para el que reclame un efecto negativo, proporcione una copia impresa o en PDF o un archivo Excel del informe de elegibilidad de MIPS para ese proveedor para los años en cuestión (2018, 2019 y/o 2020).

VI. RECLAMACIONES DE RECUPERACIÓN DE DATOS Y/O COSTOS DE CAMBIO

Pregunta 1: ¿Su consultorio cambió los EHR del producto Greenway en cuestión?

Si **No**

Pregunta 1.a.: En caso afirmativo, identifique el mes y año en que su consultorio cambió los EHR.

Pregunta 2: ¿Greenway le cobró a su consultorio por la recuperación de datos de pacientes en relación con la decisión de su consultorio de cambiar los EHR?

Si **No**

Pregunta 3: ¿Fueron los problemas con los EHR y/o el tablero en el software de Greenway una causa sustancial en la decisión del consultorio de cambiar los EHR?

Si **No**

Pregunta 4: ¿Cuál era el nombre del nuevo software EHR y el nombre de la empresa que vende el producto?

Pregunta 5: ¿Cuántos proveedores trabajaron en el consultorio durante el cambio a un nuevo EHR? Solo números enteros

VII. Verificación

Pregunta 1: ¿Certifica que la información proporcionada en este formulario de reclamación es verdadera y correcta bajo pena de perjurio según las leyes de los Estados Unidos de América?

Si **No**