

ဆိုက်- \_\_\_\_\_  
(Site name, address & billing telephone no.)

လူနာနာမည် (Patient Name):

သက်သေခံနံပါတ် (ID No.):

**လွမ်းခြံမှုမရှိသော ကြိုတင်ခံစားခွင့် သတိပေးချက် (ABN)**

**မှတ်ချက်-** Medicare သည် အတွက် ငွေမပေးပါက၊ D. \_\_\_\_\_ အောက်တွင်, သင်ပေးဆောင်ရပေမည်။ Medicare သည် အရာအားလုံးအတွက် ပေးချေခြင်းမရှိပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူမှ သင်လိုအပ်သည်ဟု ထင်မြင်ရန် အကြောင်းပြချက်ကောင်းများရှိနေသည့် အချို့သောစောင့်ရှောက်မှုများပင်။ Medicare သည် အတွက် ပေးချေမည်မဟုတ်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ မျှော်လင့်ပါသည်။ D. \_\_\_\_\_ အောက်တွင်။

D.	Medicare သည် ပေးချေနိုင်ခြင်း မရှိရသည့် အကြောင်းရင်း-	ခန့်မှန်းခြေ ကုန်ကျစရိတ်-

- သင်ယခုလုပ်ဆောင်ရမည့်အရာ-**
- ဤသတိပေးချက်ကိုဖတ်ပါ။ သို့မှသာ သင့်စောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်သည့် အသိဉာဏ်ဖြင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်မည်ဖြစ်သည်။
  - သင်ဖတ်ပြီးသည့်နောက် သင့်တွင်ရှိနိုင်သည့်မေးခွန်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ထံမေးပါ။
  - အထက်ဖော်ပြပါ D. \_\_\_\_\_ လက်ခံမည် သို့မဟုတ် လက်ခံမည်မဟုတ်ကြောင်း အောက်ပါရွေးချယ်မှုများထဲမှ တစ်ခုကို ရွေးချယ်ပါ။
- မှတ်ချက်-** ရွေးချယ်ခွင့် 1 သို့မဟုတ် 2 ကို သင်ရွေးချယ်ပါက၊ သင့်တွင်ရှိနိုင်သည့် အခြားအာမခံတစ်ခုခုကို အသုံးပြုရန် ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ကို ကူညီပေးနိုင်သော်လည်း Medicare က ၎င်းကိုလုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုမည်မဟုတ်ပါ။

ရွေးစရာများ-	ဘောက်စစ်တစ်ခုစီပါ။ သင့်အတွက် အကွက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ရွေးချယ်၍မရပါ။
<input type="checkbox"/>	<b>ရွေးစရာ 1။</b> ငါ D. _____ ကိုလိုချင်တယ် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော။ သင်သည် ယခုပေးချေရန် တောင်းဆိုနိုင်သော်လည်း Medicare အနှစ်ချုပ်သတိပေးချက် (MSN) ဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံပေးပို့သည့် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာတရားဝင်ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် Medicare မှ တောင်းခံလွှာကို တောင်းခံနိုင်ပါသည်။ Medicare မှ မပေးပါက ငွေပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။ သို့သော် MSN ပါ လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာခြင်းဖြင့် <b>Medicare သို့ ကျွန်ုပ် အယူခံဝင်နိုင်ပါသည်။</b> Medicare မှ ပေးချေပါက၊ သင့်အား ကျွန်ုပ်ပေးဆောင်ခဲ့သော ပေးချေမှုများ၊ ပူးတွဲပေးချေမှု လျော့နည်းခြင်း သို့မဟုတ် နုတ်ယူနိုင်သော ငွေများကို ပြန်အမ်းပါမည်။ (I want D., bill Medicare)
<input type="checkbox"/>	<b>ရွေးစရာ 2။</b> ငါ D. _____ ကိုလိုချင်တယ် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော။ သို့သော် Medicare ကိုငွေတောင်းခံခြင်းမပြုပါနှင့်။ ငွေပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ်မှာ တာဝန်ရှိသောကြောင့် ယခုပေးချေရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ <b>Medicare</b> က ငွေမရှင်းရင် အယူခံဝင်လို့ မရပါဘူး။ (I want D., do not bill Medicare)
<input type="checkbox"/>	<b>ရွေးစရာ 3။</b> ငါ D. _____ ကိုမလိုချင်ဘူး။ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော။ ဤရွေးချယ်မှုဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် ငွေပေးချေမှုအတွက် တာဝန်မယူကြောင်း နားလည်ပြီး Medicare ပေးချေမည်ဆိုသည်ကို ကြည့်ရှုရန် အယူခံဝင်မည်မဟုတ်ပါ။ (I don't want D.)

**အပိုအချက်အလက်များ-**

ဤသတိပေးချက်သည်တရားဝင် Medicare ဆုံးဖြတ်ချက်မဟုတ်ဘဲ ကျွန်ုပ်တို့၏ထင်မြင်ချက်ကိုပေးသည်။ ဤသတိပေးချက် သို့မဟုတ် Medicare ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ အခြားမေးခွန်းများရှိပါက **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY- 1-877-486-2048) ကိုခေါ်ဆိုပါ။

အောက်ဖော်ပြပါ လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းသည် ဤသတိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း ဆိုလိုပါသည်။ မိတ္တူကိုလည်း သင်လက်ခံရရှိပါသည်။

<b>လက်မှတ်-(Signature)</b>	<b>ရက်စွဲ-(Date)</b>
----------------------------	----------------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

