

Placówka: _____
 (Site name, address & billing telephone no.)

Imię i nazwisko pacjenta (Patient Name): _____

Numer identyfikacyjny (ID No.): _____

Powiadomienie beneficjenta z wyprzedzeniem o braku pokrycia przez ubezpieczenie (ABN)

UWAGA: Jeśli program Medicare nie zapłaci za D. _____ wymienione poniżej, być może będzie Pan/Pani musiał zapłacić sam/sama.

Medicare nie refunduje wszystkiego. Dotyczy to nawet opieki, którą Pan/Pani lub opiekujący się Panem/Panią świadczeniodawca usług medycznych uważają, że jest Panu/Pani potrzebna. Spodziewamy się, że Medicare może nie zapłacić za D. _____ poniżej.

D.	Powód, dla którego Medicare może nie zapłacić:	Szacowany koszt:

CO POWINIEN PAN/POWINNA PANI TERAZ ZROBIĆ:

- Proszę przeczytać, tę informację w celu podjęcia świadomej decyzji dotyczącej świadczonej nad Panem/Panią opieki.
- I zadać nam wszelkie pytania, które mogą się pojawić po zakończeniu czytania.
- Proszę wybrać poniżej opcję dotyczącą tego, czy chce Pan/Pani otrzymać D. _____ wymienione powyżej.

Uwaga: Jeśli wybierze Pan/Pani Opcję 1 lub 2, możemy wtedy pomóc w skorzystaniu z dowolnego innego ubezpieczenia, które może Pan/Pani posiadać, jednak Medicare nie może tego od nas wymagać.

OPCJE: Proszę zaznaczyć tylko jedną kratkę. Nie możemy wybrać za Pana/Panią.

- OPCJA 1.** Chcę D. _____ wymienione powyżej. Można poprosić o wypłatę teraz, ale chcę również, aby Medicare wystawiło rachunek za oficjalną decyzję w sprawie płatności, która jest do mnie przesłana w ramach Powiadomienia podsumowującego Medicare (MSN). Rozumiem, że jeśli Medicare nie zapłaci, jestem odpowiedzialny(-na) za tę płatność, ale **mogę odwołać się do Medicare**, postępując zgodnie ze wskazówkami zawartymi w MSN. Jeśli Medicare zapłaci, zwróci Pan/Pani wszelkie dokonane przeze mnie płatności, pomniejszone o współpłatności lub udziały własne. *(I want D., bill Medicare)*
- OPCJA 2.** Chcę D. _____ wymienionych powyżej, ale proszę nie wystawiać rachunków Medicare. Może poprosić Pan/Pani o zapłatę teraz, ponieważ to ja jestem odpowiedzialny za płatności. **Nie mogę się odwoływać, jeśli Medicare nie został obciążony.** *(I want D., do not bill Medicare)*
- OPCJA 3.** Nie chcę D. _____ wymienione powyżej. Rozumiem, że przy takim wyborze **nie** ponoszę odpowiedzialności za płatności i **nie mogę się odwoływać, aby sprawdzić, czy Medicare zapłaciłby za to.** *(I don't want D.)*

Informacje dodatkowe:

To powiadomienie zawiera naszą opinię, a nie oficjalną decyzję Medicare. Jeśli ma Pan/pani inne pytania dotyczące tego powiadomienia lub rozliczeń z Medicare, proszę zadzwonić pod numer **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY (telefon tekstowy): 1-877-486-2048).

Podpisanie się poniżej oznacza, że otrzymał(a) i zrozumiał(a) Pan/Pani niniejsze powiadomienie. Otrzyma Pan/Pani również jego egzemplarz.

Podpis: (Signature) _____	Data: (Date) _____
----------------------------------	---------------------------

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 hist 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.

