

Lugar: \_\_\_\_\_  
(Site name, address & billing telephone no.)

Nombre del paciente (Patient Name): \_\_\_\_\_

Número de identificación (ID No.): \_\_\_\_\_

## Aviso anticipado de no cobertura del beneficiario (ABN)

**NOTA:** Si Medicare no paga por lo indicado en D. \_\_\_\_\_ a continuación, es posible que tenga que pagarlo usted.

Medicare no lo paga todo, incluso si se trata de servicios de atención que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Creemos que Medicare no pagará lo indicado en D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	Razón por la que Medicare podría no pagar:	Costo estimado:

**AHORA, USTED TIENE QUE:**

- Leer este aviso para poder tomar una decisión informada sobre su atención.
- Preguntarnos cualquier duda que tenga al terminar de leer.
- Elegir una de las opciones que se indican a continuación sobre si desea recibir lo indicado en D. \_\_\_\_\_ en el apartado anterior.

**Nota:** Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

**OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero lo indicado en D. \_\_\_\_\_ en el apartado anterior. Pueden solicitar que se pague ahora, pero también quiero que se facture a Medicare para tomar una decisión oficial sobre el pago, que se me enviará en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, seré responsable del pago, pero que **puedo apelar ante Medicare** siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, ustedes devolverán los pagos que yo les haya hecho, a excepción de los copagos o los deducibles. *(I want D., bill Medicare)*

**OPCIÓN 2.** Quiero lo indicado en D. \_\_\_\_\_ en el apartado anterior, pero que no se facture a Medicare. Pueden pedir que se les pague ahora, ya que soy responsable del pago. **No podré apelar si Medicare no es facturado.** *(I want D., do not bill Medicare)*

**OPCIÓN 3.** No quiero lo indicado en D. \_\_\_\_\_ en el apartado anterior. Entiendo que al hacer esta elección **no** seré responsable del pago, y que **no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.** *(I don't want D.)*

**Información adicional:**

**En este aviso se expresa nuestra opinión, no es una decisión oficial Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Su firma a continuación indica que ha recibido y comprendido este aviso. También recibirá una copia.

<b>Firma (Signature):</b>	<b>Fecha (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.

