

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

Tên của Bệnh nhân (Patient Name):

Mã số định danh (ID No.):

## Thông báo trước cho người thụ hưởng về việc không chi trả bảo hiểm (ABN)

**LƯU Ý:** Nếu Medicare không bao trả phần D. \_\_\_\_\_ dưới đây, quý vị có thể phải chi trả.

Medicare không bao trả mọi hạng mục, thậm chí là một số dịch vụ chăm sóc mà quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có lý do hợp lý để cho rằng quý vị cần. Chúng tôi cho rằng Medicare có thể sẽ không bao trả phần D. \_\_\_\_\_ dưới đây.

D.	Lý Do Medicare Có Thể Không Bao Trả:	Chi phí ước tính:

### ĐIỀU quý vị CẦN LÀM BÂY GIỜ:

- Đọc thông báo này để đưa ra quyết định sau khi có đầy đủ thông tin về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Đặt bất kỳ câu hỏi nào cho chúng tôi sau khi đọc xong.
- Chọn một lựa chọn bên dưới về việc có nhận phần D. \_\_\_\_\_ nêu trên hay không.

**Ghi chú:** Nếu quý vị chọn lựa chọn 1 hoặc 2, chúng tôi có thể giúp quý vị sử dụng bất kỳ bảo hiểm nào khác mà quý vị có thể có, nhưng Medicare không thể yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

### CÁC LỰA CHỌN: Chỉ đánh dấu một ô. Chúng tôi không thể chọn ô cho quý vị.

- LỰA CHỌN 1.** Tôi muốn phần D. \_\_\_\_\_ nêu trên. Quý vị có thể yêu cầu được chi trả bây giờ, nhưng tôi cũng muốn Medicare được lập hóa đơn liên quan đến quyết định chính thức về chi trả, được gửi cho tôi thông qua Thông báo Tóm lược về Medicare (MSN). Tôi hiểu rằng nếu Medicare không bao trả, tôi sẽ có trách nhiệm chi trả, nhưng **tôi có thể gửi kháng nghị cho Medicare** bằng cách làm theo các hướng dẫn về MSN. Nếu Medicare bao trả, quý vị sẽ hoàn trả bất kỳ khoản nào tôi đã chi trả cho quý vị, giảm bớt các khoản đồng chi trả hoặc các khoản khấu trừ. *(I want D., bill Medicare)*
- LỰA CHỌN 2.** Tôi muốn phần D. \_\_\_\_\_ nêu trên, nhưng không lập hóa đơn cho Medicare. Quý vị có thể yêu cầu được chi trả bây giờ vì tôi có trách nhiệm chi trả. **Tôi không thể gửi kháng nghị nếu Medicare không được lập hóa đơn.** *(I want D., do not bill Medicare)*
- LỰA CHỌN 3.** Tôi không muốn phần D. \_\_\_\_\_ nêu trên. Tôi hiểu rằng với lựa chọn này, tôi **không** có trách nhiệm chi trả và **tôi không thể yêu cầu được biết Medicare có bao trả hay không.** *(I don't want D.)*

### Thông tin bổ sung:

Thông báo này nêu quan điểm của chúng tôi, nhưng không phải là quyết định chính thức của Medicare. Nếu quý vị có câu hỏi nào khác về thông báo này hoặc việc lập hóa đơn cho Medicare, hãy gọi tới **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Việc ký tên bên dưới có nghĩa là quý vị đã nhận được và hiểu thông báo này. Quý vị cũng nhận được một bản sao.

Chữ ký: (Signature)

Ngày: (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 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.

