

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

Ім'я пацієнта (Patient Name): \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний номер (ID No.): \_\_\_\_\_

## Попереднє повідомлення бенефіціара про неотримання страхового відшкодування (ABN)

**ПРИМІТКА:** Якщо страховий план Medicare не відшкодовує оплату нижчезазначених медичних послуг **D.** \_\_\_\_\_, оплата покладається на вас. Medicare відшкодовує оплату не за всі медичні послуги, в яких ви потребуєте, виходячи з особистої думки або приписів лікаря. Medicare не відшкодовує оплату за наступні медичні послуги **D.** \_\_\_\_\_.

D.	Причина, чому Medicare не оплачує медичні послуги:	Орієнтовна вартість:

### ВАШІ ПОДАЛЬШІ КРОКИ:

- Прочитайте це повідомлення для прийняття обґрунтованого рішення про лікування.
- Поставте нам питання, що виникли після прочитання документа.
- Нижче відзначте, яку медичну допомогу хотіли б отримати **D.** \_\_\_\_\_.

**Примітка:** При виборі варіанту 1 або 2, ми допоможемо вам скористатися будь-якою іншою медичною страховкою, але Medicare не може вимагати від нас цього.

**ВАРІАНТИ:** Позначте галочкою лише один варіант. Ми не можемо поставити позначку за вас.

- ВАРІАНТ 1.** Я вибираю перераховані вище **D.** \_\_\_\_\_ медичні послуги. Ви можете виставити рахунок для негайної оплати, але я також хочу, щоб Medicare офіційно виставила рахунок про оплату, відправивши мені коротке повідомлення Medicare (MSN). Я розумію, що якщо Medicare не оплатить медичні послуги, оплата покладається на мене, але **я можу звернутися в Medicare**, відповідно до інструкцій MSN. Якщо Medicare відшкодовує оплату за медичні послуги, ви відшкодуєте мені всі оплачені рахунки, за вирахуванням доплат або невідшкодованих мінімумів. *(I want D., bill Medicare)*
- ВАРІАНТ 2.** Я вибираю перераховані вище **D.** \_\_\_\_\_ без виставлення рахунку Medicare. Ви можете виставити рахунок для негайної оплати, оскільки оплата покладається на мене. **Я не можу подати запит на відшкодування, якщо страховий план не відшкодовує медичні послуги Medicare.** *(I want D., do not bill Medicare)*
- ВАРІАНТ 3.** Я відмовляюся від перерахованих вище **D.** \_\_\_\_\_ медичних послуг. Я розумію, що, обираючи даний варіант, я не несу відповідальності за оплату, і **не можу подати запит про відшкодування послуг Medicare.** *(I don't want D.)*

### Додаткова інформація:

У цьому повідомленні представлено нашу думку, а не офіційне рішення Medicare. При виникненні питань по даному повідомленню або виставленню рахунків за програмою Medicare, зателефонуйте за номером **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Підписом нижче ви запевняєте, що отримали і зрозуміли це повідомлення. Примірник документа пацієнту надається.

Підпис: (Signature)	Дата: (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.

