

A. Nombre del proveedor

B. Nombre del paciente:

C. N.º de identificación:

## Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (Advance Beneficiary Notice of Noncoverage, ABN)

**NOTA:** Si Medicare no paga el servicio indicado debajo en **D. \_\_\_\_\_**, es posible que tenga que pagarlo usted. Medicare no paga por todos los servicios, incluso por algunos tipos de atención que usted o su proveedor de atención médica consideran, justificadamente, que usted necesita. Creemos que Medicare no pagará el servicio indicado debajo en **D. \_\_\_\_\_**.

D.	E. Motivo por el que Medicare podría no pagarlo:	F. Costo estimado

### QUÉ DEBE SABER:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada acerca de su atención médica.
- Puede consultarnos todas las dudas que tenga luego de leer el documento.
- Elija una opción a continuación para determinar si quiere recibir el servicio indicado arriba en **D. \_\_\_\_\_**.

**Nota:** Si elige las opciones 1 o 2, lo ayudaremos a usar cualquier otro seguro que pueda tener, pero Medicare no nos puede solicitar que lo hagamos.

### G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

**OPCIÓN 1.** Quiero recibir el servicio indicado arriba en **D. \_\_\_\_\_**. Pueden solicitar que lo pague ahora, pero también quiero que se le envíe una factura a Medicare para que tomen una decisión oficial acerca del pago, que luego recibiré detallada en un Resumen de Medicare (Medicare Summary Notice, MSN). Entiendo que si Medicare determina no pagar este servicio, seré el responsable del pago, pero **puedo presentar una apelación a Medicare** si sigo las instrucciones que figuran en el MSN. Si Medicare determina pagar este servicio, ustedes me enviarán un reembolso por los pagos que les haya hecho, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero recibir el servicio indicado arriba en **D. \_\_\_\_\_**, pero no quiero que se le envíe una factura a Medicare. Pueden solicitar que lo pague ahora, dado que soy el responsable del pago. **No podré presentar una apelación si Medicare no recibe la factura.**

**OPCIÓN 3.** No quiero recibir el servicio indicado arriba en **D. \_\_\_\_\_**. Entiendo que con esta elección **no soy el responsable del pago, y no puedo presentar una apelación para saber si Medicare lo pagaría.**

### H. Información adicional:

**En este aviso le comunicamos nuestra opinión, no la decisión oficial de Medicare.** Si tiene otras preguntas acerca de este aviso o con respecto a la facturación a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Al firmar abajo usted indica que recibió y entendió este aviso.

También recibirá una copia.

<b>I. Firma:</b>	<b>J. Fecha:</b>
------------------	------------------

De acuerdo con lo establecido en la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que esta incluya un número de control válido de la Oficina de Control y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido estimado para completar esta recopilación de información es de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo que toma leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, no dude en escribirnos a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.