R. Notificado:
B. Nombre del paciente: **C. Número de identificación:**

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. Tratamiento **a continuación, es posible que tenga que pagar.**

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en **D.** Tratamiento a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado
Tratamiento medico/examenes/procedimientos que no esten cubiertos bajo su poliza medica	No existe cobertura bajo su plan medico o no somos parte de su plan medico (por favor averiguar previo a su cita)	

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la **D.** _____ mencionada anteriormente.

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.

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

☉ **OPCIÓN 1.** Deseo la **D.** Tratamiento medico/examenes/procedimi mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.

○ **OPCIÓN 2.** Deseo la **D.** Tratamiento medico/examenes/procedimient mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.

○ **OPCIÓN 3.** No deseo la **D.** Tratamiento medico/examenes/procedimient mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

H. Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de 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).
Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.