

Nombre del paciente:

No. de Medicare (HICN):

## NOTIFICACIÓN PREVIA AL BENEFICIARIO DE MEDICARE (ABN)

**NOTA:** Usted debe tomar una decisión sobre su deseo de recibir estos exámenes de laboratorio.

Nosotros anticipamos que Medicare no va a pagar el (los) exámene(s) de laboratorio descrito(s) a continuación. Medicare no cubre todos los costos de atención de salud. Medicare paga sólo por los servicios y productos cubiertos cuando las reglas de Medicare son cumplidas. El hecho de que Medicare no pague por un servicio o producto determinado no significa que usted no deba recibirlo. Puede que exista una buena razón por la cual su médico se lo ha recomendado. En este momento, y en su caso particular, **Medicare probablemente no va a pagar por los exámenes de laboratorio indicados a continuación por las siguientes razones:**

Porque no se realizan normalmente dada la condición médica que usted tiene.	Porque se ha realizado con más frecuencia de lo aceptado por Medicare	Porque son exámenes experimentales o realizados con fines investigativos.

El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión basada en su deseo de recibir estos exámenes de laboratorio, entendiendo que posiblemente tendrá que pagarlos por su propia cuenta.

**Antes de tomar una decisión respecto a sus opciones, debería:**

- Leer cuidadosamente este aviso en su totalidad.
- Pedirnos una explicación si no entiende por qué Medicare probablemente no pague.
- Preguntarnos cuánto le costarán a usted estos exámenes de laboratorio **Costo estimado:** \$ \_\_\_\_\_, en caso de que tenga que pagarlos por su propia cuenta o por medio de otro plan de seguro.

**FAVOR ELEGIR UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHE LA OPCIÓN SELECCIONADA.**

**Opción 1. SÍ. Quiero recibir estos exámenes de laboratorio.**

Comprendo que Medicare no tomará una decisión respecto a si pagará o no a menos que yo reciba estos exámenes de laboratorio. Favor presentar mi reclamación a Medicare. Comprendo que el laboratorio podrá enviarme una factura por estos productos o servicios y que quizás yo tenga que pagar la factura antes de que Medicare haya tomado su decisión. Si Medicare aprueba el pago, el laboratorio me reembolsará cualquier pago que les haya hecho y que se me deba devolver. Si Medicare no aprueba el pago, acepto asumir personalmente la responsabilidad total por el pago correspondiente. Es decir, pagaré personalmente, ya sea con fondos propios o a través de otro plan de seguro que tenga. Comprendo que puedo apelar la decisión de Medicare.

**Opción 2. NO. He decidido no recibir estos exámenes de laboratorio.**

No recibiré estos productos o servicios. Comprendo que el laboratorio no podrá presentar a Medicare una reclamación para su consideración y que yo no podré apelar a la opinión de ustedes de que Medicare probablemente no pague. Avisaré a mi médico que ordenó estos exámenes de laboratorio que no los recibí.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o de la persona que actúe en su nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NOTA:** La información sobre su salud se mantendrá confidencial. Toda información que recolectemos sobre su persona permanecerá en nuestros archivos y se mantendrá estrictamente confidencial. Si se presenta una reclamación a Medicare, la información relacionada con su salud que aparece en este formulario puede hacerse disponible a Medicare. Por su parte, Medicare mantendrá confidencial toda información sobre su salud que se haga disponible a dicha organización.