

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 servicios o productos de atención de salud.

Nosotros anticipamos que Medicare no va a pagar el (los) servicio (s) o producto (s) 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, es **probable que Medicare no pague los siguientes exámenes:**

Servicios o Productos:

Porque:

El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión basada en su deseo de recibir estos servicios o productos, 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 productos o servicios **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 servicios o productos.

Comprendo que Medicare no tomará una decisión respecto a si pagará o no a menos que yo reciba estos servicios o productos. Favor presentar mi reclamación a Medicare. Comprendo que esta oficina podrá enviarme una factura por estos servicios o productos y que quizás yo tenga que pagar la factura antes de que Medicare haya tomado su decisión. Si Medicare aprueba el pago, esta oficina 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 yo tenga. Comprendo que puedo apelar la decisión de Medicare.

Opción 2. NO. He decidido no recibir estos servicios o productos.

No recibiré estos productos o servicios. Comprendo que esta oficina 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.

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.