Nombre de paciente:
Número de identificación: *(opcional)*

Nombre del notificador
Dirección del notificador
Teléfono del notificador (incluido TTY)

Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)

Medicare no paga por todo, incluso algunos cuidados que usted o su proveedor médico creen que usted necesita. **Prevemos que Medicare posiblemente no pague por el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado a continuación.** Si Medicare no paga, usted podría tener que pagar.

Artículo, prueba, servicio o cuidado	Razón por la cual Medicare posiblemente no pague	Costo estimado

Lo que debe hacer ahora

- Lea este aviso para tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Haga todas las preguntas que tenga.
- Elija una de las opciones siguientes para hacernos saber si usted aún desea recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado.

Elija UNA de las siguientes opciones. No podemos elegir por usted.

Si elije Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a usar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

◉ **Opción 1: Deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado arriba, y quiero que se facture a Medicare ara obtener una decisión oficial sobre el pago, la cual recibiré en un Resumen de Medicare (MSN).** Ustedes pueden pedir que se les pague ahora. Entiendo que, si Medicare no pagara, yo soy responsable de pagar, pero puedo seguir las indiciaciones en el MSN para apelar a Medicare. Si Medicare paga, ustedes reembolsarán todos los pagos que o les hiciera, restando los copagos o deducibles

○ **Opción 2: Deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado más arriba, pero no facturen a Medicare.** Ustedes pueden pedir que se les pague ahora y soy responsable de pagar. Entiendo que no puedo apelar, ya que no se factura a Medicare.

○ **Opción 3: No deseo recibir el artículo, prueba, servicio o cuidado indicado más arriba.** Entiendo que no soy responsable de ningún pago y no puedo apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

Información adicional:

Este aviso contiene nuestra opinión, y no es una decisión oficial de Medicare. Para otras preguntas sobre este aviso o facturas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su firma a continuación significa que usted ha recibido y entiende este aviso. Puede pedir una copia. Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, tal como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que se la ha discriminado. Visite es.Medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice.

Firma	**Fecha** (mm/dd/aaaa)

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA) de 1995, no se exige a ninguna persona responder a una recopilación de información que no muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. Esta recopilación de información es para proveedores, suministradores, Hospicios e Institutos Religiosos de Cuidados de la Salud No Médicos y Agencias de Cuidados de la Salud en el Hogar para notificar a los beneficiarios de Medicare original de su posible responsabilidad económica en condiciones específicas. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es en promedio menor de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar indicaciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, para revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es obligatoria de acuerdo con la Sección 1879 de la Ley del Seguro Social, 42 CFR 411.404(b) y (c) y 411.408(d)(2) y (f). Si tiene comentarios sobre la exactitud del estimado(s) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.