

Nombre de paciente: *Nombre del notificador*
Número de *Dirección del notificador*
identificación: (opcional) *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. **Prevedemos 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 indicaciones 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](https://www.Medicare.gov/aboutus/accessibility-nondiscrimination-notice).

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

Formulario CMS-R-131-S (Exp. 03/31/2029)

Formulario aprobado OMB No. 0938-0566

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.

