

Created 7/31/09



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 ayudarle 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 FECHÉ 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.

Created 7/31/09

HF7

(continued)

(A) Notificante(s):

(B) Nombre del paciente:

(C) Número de identificación:

NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga (D) _____ a continuación, usted deberá pagar. Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará (D) _____ a continuación.

(D)	(E) Razón por la que no está cubierto por Medicare:	(F) Costo estimado:

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir (D) _____ mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G) OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero (D) _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero (D) _____ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago. **No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.**

OPCIÓN 3. No quiero (D) _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

(H) Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

(I) Firma:	(J) Fecha:
-------------------	-------------------

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.