

HF

Mucho mejor ahora que hace un año

Algo mejor ahora que hace un año

Más o menos lo mismo

Algo peor ahora que hace un año

Mucho peor ahora que hace un año

HF1

Ninguna Dificultad

Un Poco de Dificultad

Alguna Dificultad

Mucha Dificultad

No Puede Hacerlo

HF2

Más de Una Vez a la Semana

Más o Menos Una Vez a la Semana

2-3 Veces al Mes

Más o Menos Una Vez al mes

Cada 2-3 Veces al Mes

Una o Dos Veces al Año

Nunca

HF3

Casi todo lo que necesita saber

La mayor parte de lo que necesita saber

Algo de lo que necesita saber

Un poco de lo que necesita saber

Casi nada de lo que necesita saber

HF4

Todo el Tiempo

La Mayor Parte del Tiempo

Parte del Tiempo

Una Pequeña Parte del Tiempo

Nunca

HF5

Todos los días

Día por medio

Cada 3-4 días

Cada 5-6 días o menos

Nunca

HF6

Tipo 1

Tipo 2

Caso dudoso

Prediabetes

Gestacional (Relacionado con el embarazo)

HF7

(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.