

Nombre de paciente: _____

Nombre del notificador: _____

Número de identificación: (opcional) _____

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. **Prevenimos 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	Medicare no paga por estas pruebas para su condición.	Medicare no paga por estas pruebas tan a menudo como esto.	Medicare no paga por servicios experimentales o pruebas de uso de la investigación.
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:

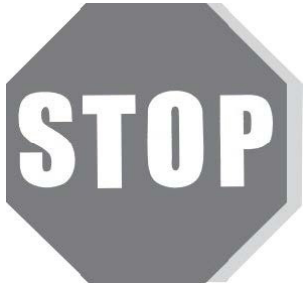
Este aviso contiene nuestra opinión, y no es una decisión oficial de Medicare. Para otras preguntas sobre este aviso o facturas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su firma a continuación significa que usted ha recibido y entiende este 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.

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



Tests with Limited Coverage Policies (NCDs and LCDs)

To obtain this information, refer to Sanford Laboratories website at www.sanfordhealth.org/medical-services/laboratories



Did You Follow All the Steps For ABN Completion?

1. Print the **patient's name** where indicated at the top of the ABN.
2. In the **"Item, test, service or care"** section: Print the **name of the test(s)** that may be denied in the column with corresponding **"Reason Medicare may not pay."**
If different reasons apply to some *OR* all of the tests, use the corresponding column for each test or please fill out an additional ABN for each reason.
 - In the **"Estimated Cost"** section: You **MUST** enter an **estimated cost of the test(s)** according to the appropriate Patient Fee Test Schedule.
3. **Obtain a check mark** or **"X"** from the beneficiary for **Option 1 OR Option 2 OR Option 3**. The beneficiary **can only choose one** of the three options. You cannot do this for them.
4. **Obtain beneficiary's or authorized representative's signature.**
5. **Date the form.**
6. Give the **yellow copy** of the ABN **to the patient**, and attach the **white copy** to the **test requisition**.

If any one of these steps is not complete, the ABN is not valid.