

Notificante:

Nombre del paciente:

Número de identificación:

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga Pruebas de laboratorio 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 Pruebas de laboratorio a continuación.

Pruebas de laboratorio	Razón por la que no está cubierto por Medicare:	Costo estimado
	<input type="checkbox"/> Medicare no paga por estas pruebas para su condición <input type="checkbox"/> Medicare no paga por estas pruebas tan a menudo como esto (negado como demasiado frecuente) <input type="checkbox"/> Medicare no paga por servicios experimentales o pruebas de uso de la investigación	

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 Pruebas de laboratorio 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.

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

OPCIÓN 1. Quiero Pruebas de laboratorio 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 Pruebas de laboratorio 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 Pruebas de laboratorio mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

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.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

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.

Tests with Limited Coverage Policies (NCDs and LCDs)

To obtain this information, refer to Sanford Laboratories website at <http://www.laboratories.sanfordhealth.org>



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 “**Lab Test(s)**” section: Print the **name of the test(s) that may be denied**.
 - In the “**Reason Why Medicare May Not Pay**” section: Indicate by checking the **appropriate reason**. ***If different reasons apply to some *OR* all of the tests, please indicate the test name next to the reason 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.