





CST034

Clinic Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

## Aviso anticipado de no cobertura para beneficiarios (ABN)

**NOTA:** Si Medicare no paga por los siguientes Artículos o Servicios, es posible que deba pagarlos usted. Medicare no cubre todo, incluso si usted o su proveedor de salud tienen buenos motivos para pensar que usted necesita ciertos cuidados. Consideramos que es posible que Medicare no pague por los siguientes Artículos o Servicios.

Artículos o Servicios	Motivo por el cual Medicare puede no pagar:	Costo calculado

**LO QUE DEBE SABER:**

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre su atención.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una de las opciones que figuran a continuación sobre si desea recibir los Artículos o Servicios enumerados más arriba. **Nota:** Si elige la Opción 1 o 2, podemos ayudarle a usar cualquier otro seguro que pueda tener, pero Medicare no puede exigirnos que hagamos esto.

**OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero los Artículos o Servicios enumerados arriba. Pueden pedirme que pague ahora, pero también quiero que se envíe una factura a Medicare para que tomen una decisión oficial sobre el pago, que se me enviará en un Aviso de resumen médico (MSN). Comprendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo presentar una apelación a Medicare** siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, ustedes me reembolsarán cualquier pago que les haya hecho, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero los Artículos o Servicios enumerados más arriba, pero no quiero que le envíen la factura a Medicare. Pueden pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable de este. **Si no se envía una factura a Medicare, no puedo presentar una apelación.**

**OPCIÓN 3.** No quiero los Artículos o Servicios enumerados arriba. Comprendo que con esta opción **no soy responsable del pago y no puedo presentar una apelación para ver si Medicare pagaría.**

**Información adicional:**

**Este aviso proporciona nuestra opinión, no una decisión oficial de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de 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 este aviso. También recibirá una copia.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
---------------------	---------------------

**CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, comuníquese al teléfono: 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.**

En el marco de la Ley de Reducción de Documentos en Papel de 1995, nadie tiene la obligación de responder a una solicitud de información a menos que contenga un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido de esta solicitud de información es 0938-0566. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es de 7 minutos por respuesta, en promedio, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios en relación con la precisión del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard. Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 244-1850.

Hospital Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Form CMS-R-131 (Exp. 6/30/2023)**  
**Form Approved OMB No. 0938-0566**

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**

**MEDICAREABNSP**  
**Rev 7/2020**