

Notificante: Second Act LLC; 2768 N. Lincoln Avenue, Chicago, IL 60614; 773.525.2228

Nombre del paciente:

Número de identificación:

### Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

**NOTA:** Si Medicare no paga producto(s) a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados.

Prevedemos que Medicare no pagará producto(s) a continuación.

Producto(s)	Razón por la que no está cubierto por Medicare:	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 producto(s) 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 producto(s) 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 producto(s) 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 producto(s) mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

**Información adicional:** \*Este proveedor no acepta pago de Medicare para los producto(s) listados en la tabla mostrada arriba. Si yo escogí la primera opción en la tabla, yo reconozco que yo soy responsable por el pago completo de los producto(s). Yo reconozco que tengo que pagar por los producto(s) a el proveedor el mismo día que escojo los producto(s) mencionados en la tabla arriba. Si Medicare paga por los producto(s), Medicare nomas va pagar por el total que Medicare esta contractado para los producto(s) y yo reconozco que ese pago pude venir siendo menos de lo que el proveedor liste.

**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.

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

**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](mailto: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.