



**AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO DE NO COBERTURA (ABN)
(ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NONCOVERAGE [ABN])**

Spanish

<input type="checkbox"/> Clinic	<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> Good Samaritan
<input type="checkbox"/> Home Care/Hospice	<input type="checkbox"/> Home Care Pharmacy	<input type="checkbox"/> Immanuel
<input type="checkbox"/> Immanuel Fontenelle Home	<input type="checkbox"/> Lakeside	<input type="checkbox"/> Mercy Corning
<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley
<input type="checkbox"/> Nebraska Heart	<input type="checkbox"/> Plainview	<input type="checkbox"/> Schuyler
<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's
<input type="checkbox"/> The Lighthouse	<input type="checkbox"/> The Physician Network	<input type="checkbox"/> Other _____
Dirección de la facilidad		Número de teléfono de la facilidad
Nombre del paciente		Número de identificación del paciente

AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO DE NO COBERTURA (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ ver más abajo, puede que usted tenga que pagar. Medicare no paga por todo, incluso algún tipo de atención que usted, o su proveedor de atención médica, tenga buenas razones para pensar que usted lo necesita. Esperamos que Medicare no pague por el D. _____ ver más abajo.

D.	E. Razón por la que Medicare puede que no pague	F. Costo estimado

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA

- Lea este aviso, para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Haga cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación, acerca de si recibir el D. _____ mencionados arriba.

NOTA: Si elige la opción 1 ó 2, nosotros podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que usted pueda tener, pero Medicare no puede exigirnos el hacer esto.

G. OPCIÓN: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

- OPCIÓN 1.** Yo quiero el D. _____ arriba mencionado. Me pueden pedir que pague en este momento, pero yo también quiero que facturen a Medicare para una decisión oficial sobre el pago, que se me enviará en un aviso de Notificación Resumida de Medicare (MSN por sus siglas en inglés). Yo entiendo que si Medicare no paga, yo soy el responsable por el pago, pero **yo puedo apelar a Medicare** siguiendo las instrucciones en la Notificación Resumida de Medicare (MSN por sus siglas en inglés). Si Medicare les paga, ustedes me reembolsarán los pagos que yo les hice a ustedes, menos los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 1.** Yo quiero el D. _____ arriba mencionado, pero no facturen a Medicare. Me pueden pedir que pague en este momento, ya que soy el responsable por el pago. **Yo no puedo apelar si a Medicare no se le factura.**
- OPCIÓN 1.** Yo no quiero el D. _____ arriba mencionado. Entiendo que con esta elección, yo **no soy responsable del pago, y yo no puedo apelar a ver si Medicare pagaría.**

H. Información adicional:

Este aviso le brinda nuestra opinión, no provee una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas sobre este aviso o de facturación de Medicare, llame GRATIS al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY (servicio de telecomunicación para personas con problemas auditivos): 1-877-486-2048).

El firmar a continuación significa que usted ha recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha/Hora:
------------------	-----------------------

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.

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB para esta recopilación es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si usted tiene cualquier comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.