

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

Facility Name: _____

Address: _____

Phone: _____

A. Notifier: _____

B. Patient Name: _____

C. Identification Number: _____

DOB: _____

NOTA: Si Medicare no paga por los Pruebas de laboratorio a continuación, es posible que tenga que pagar. Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en los **Pruebas de laboratorio** a continuación.

Pruebas de laboratorio	Razón por la que Medicare no puede pagar:	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 NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir los **Pruebas de laboratorio** mencionada anteriormente.

Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

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

- OPCIÓN 1.** Deseo los **Pruebas de laboratorio** mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Deseo los **Pruebas de laboratorio** mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No deseo los **Pruebas de laboratorio** mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es 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). Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

Firma:

Fecha:

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba 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 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 “**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.