



收费地址  
P.O. Box 2687  
Spokane, WA 99220-2687  
1.800.433.1583

患者姓名：

识别号：

## 不承保预先受益通知 ( ABN )

注：若Medicare不支付以下检查的费用，则您可能必须自付。

Medicare不会支付所有项目的费用，即使是您或您的医疗服务提供者有充分理由认为您需要的治疗也是如此。我们预计Medicare可能不会支付以下**检查**的费用。

检查	Medicare不付款的原因	估计费用

您现在要做什么：

- 阅读本通知书，以便对您的护理做出知情同意。
- 读完后若还有任何问题，请询问我们。
- 在下面选择一个关于是否接受上述检查的选项。

注：若您选择选项1或2，我们可帮助您使用您可能享有的其他任何保险，但Medicare不能要求我们这样做。

**选项：仅勾选一个框。我们不能替您选择。**

**选项1。**我想做上述检查。你们可以要求我现在付款，但我还想向Medicare收费，以便其做出付款与否的正式决定；此决定将用《Medicare摘要通知 ( MSN ) 》寄送给我。我明白若Medicare不付款，则我要自己付款，但**我可以按MSN上的说明向Medicare提起申诉**。若Medicare付款，则你们会在扣除共付额和自付额后，退还我缴付的任何费用。

**选项2。**我想做上述检查，但不要向Medicare收费。由于是我自己付款，你们现在可要求我支付。**若不向Medicare不收费，我就不能提起申诉。**

**选项3。**我不想做上述检查。我明白选择此项，我**就没有**责任自己付款，但**也不能提起申诉看Medicare是否会付款。**

**更多信息：**本通知只是提供我们的意见，并非Medicare正式决定。若您对本通知书或Medicare收费有其他问题，请致电**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048)**。

在下面签名即表明您收到并理解本通知，而且您还得到一份通知副本。

签名：

日期：

根据1995年的《文书削减法》，除非信息收集表格展示有效的OMB控制号，否则无需回复此类表格的问题。本信息收集表格的有效OMB控制号是0938-0566。填写本信息收集表格所需的时间估计每个回答平均为7分钟，包括查看说明的时间，查找现有数据来源，收集所需信息及填写和检查信息收集表格所需的时间。若您对估计时间的准确度有何意见，或对本表有改进建议，请寄信到：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.  
Form CMS-R-131 (03/08) Form Approved OMB No. 0938-0566PAML  
CHINESE