



통보기관:

환자 이름:

ID 번호:

무보험 수혜자 사전 통보서(ABN)

참고: Medicare(메디케어)에서 아래 테스트 비용을 부담하지 않을 경우, 환자 본인이 부담해야 합니다.

Medicare(메디케어)에서 비용을 전액 부담하지 않습니다. 이는 환자 또는 해당 의료기관에서 합당한 이유가 있는 경우에도 마찬가지입니다. Medicare(메디케어)는 아래 테스트 비용을 부담하지 않습니다.

테스트	Medicare(메디케어)에서 부담하지 않는 이유:	예상 비용:

다음과 같이 하십시오.

본 통지서를 잘 읽어 보고 본인의 치료에 관해 올바르게 결정하시기 바랍니다.

다 읽은 후 질문이 있는 경우 당사로 문의하시기 바랍니다.

위에 나와 있는 테스트를 받고 싶은지 여부를 아래에서 선택해 주십시오.

참고: 선택 사항 중 1 또는 2의 경우, 환자가 가지고 있는 다른 보험을 사용할 수 있도록 지원할 수 있으나 Medicare(메디케어)에서 당사에 이를 요구할 수는 없습니다.

선택 사항:	한 군데만 표시하십시오. 반드시 표시해야 합니다.
<p><input type="checkbox"/> 선택 사항 1. 위에 나와 있는 테스트를 받고 싶습니다. 본인이 바로 부담할 것이며 Medicare(메디케어)가 공식적으로 비용 부담 여부를 결정하고 이를 본인에게 MSN(메디케어 요금 청구서)으로 보낼 수 있도록 Medicare(메디케어)에 청구하고 싶습니다. Medicare(메디케어)에서 부담하지 않을 경우 본인이 부담해야 하는 것을 알고 있습니다. 하지만 MSN에 명시된 지시사항에 따라 본인은 Medicare(메디케어)에 이의를 제기할 수 있습니다. Medicare(메디케어)에서 부담하지 않을 경우 본인이 부담한 금액을 환불 받거나 공동 부담(적게 부담) 또는 공제 받을 것입니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 선택 사항 2. 위에 나와 있는 테스트를 받고 싶으며 Medicare(메디케어)로 청구하고 싶지 않습니다. 따라서 본인이 바로 부담할 것입니다. Medicare(메디케어)로 청구하지 않을 경우 본인은 Medicare(메디케어)에 이의를 제기할 수 없습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 선택 사항 3. 위에 나와 있는 테스트를 받고 싶지 않습니다. 따라서 본인이 부담할 비용이 없으며 본인은 Medicare(메디케어)에서 부담할지 여부를 알려달라고 요청할 수 없습니다.</p>	

추가 정보:

본 통지서는 당사의 견해이며 Medicare(메디케어)의 공식적인 견해가 아닙니다. 본 통지서 또는 Medicare(메디케어) 청구에 관한 다른 질문이 있는 경우 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048)**로 문의하시기 바랍니다. 본 통지서를 수령하고 이해한 경우 아래에 서명해 주십시오. 환자에게 통지서 사본이 함께 발송되었습니다.

서명:	날짜:
------------	------------

1995년 문서 업무 감축법에 따라 유효한 OMB 제어 번호가 없으면 정보 수집 문서에 회신할 필요가 없습니다. 본 정보 수집 문서의 유효한 OMB 제어 번호는 0938-0566입니다. 본 문서를 작성하는 데 소요되는 시간은 안내서를 읽어보고 기존 자료를 찾아보며 필요한 정보를 모은 후 문서를 작성하고 확인하는 시간까지 포함하여 항목 당 약 7분입니다. 소요 시간과 관련한 의견이나 본 문서 양식을 개선하기 위한 의견이 있는 경우 다음 주소로 보내주시기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850