



Адрес для отправки счетов
P.O. Box 2687
Spokane, WA 99220-2687
1.800.433.1583

ФИО пациента:

Идентификационный номер:

Заблаговременное уведомление обладателя льгот о том, что те или иные услуги не покрываются (ABN)

Примечание: Если программа «Medicare» не оплатит нижеуказанные анализы, возможно, вам придётся их оплачивать самостоятельно.

«Medicare» не оплачивает абсолютно всё, даже если речь идёт о медицинских услугах, которые, по вашему мнению и по мнению вашего лечащего врача, вам действительно необходимы. Мы полагаем, что «Medicare» может не оплатить **анализ(-ы)**, указанные ниже.

Анализ(-ы)	Почему «Medicare» их не оплачивает	Приблизительная стоимость

ЧТО ВАМ ТЕПЕРЬ СЛЕДУЕТ СДЕЛАТЬ:

- Прочтите данное уведомление, чтобы вы могли принять правильное решение касательно необходимых вам медицинских услуг на основе предоставленной информации.
- Задайте нам любые вопросы, которые могут у вас появиться после того, как вы ознакомитесь с данным документом.
- Ниже обозначьте свой выбор: проходить данное тестирование или нет.

Примечание: Если вы выберете вариант 1 или 2, возможно, мы сможем помочь вам использовать какую-либо другую страховку, которая у вас может быть есть, но «Medicare» не может от нас этого потребовать.

ВАРИАНТЫ: Отметьте только одно окошко. Мы не сможем сделать этот выбор за вас.

Вариант 1. Я хочу пройти вышеуказанное тестирование. Вы можете попросить меня заплатить за это сейчас, но я также хочу, чтобы вы выставили счёт в «Medicare», чтобы они вынесли официальное решение об оплате, которое будет выслано мне на бланке сводного уведомления «Medicare» (латинская аббревиатура – «MSN»). Я понимаю, что если «Medicare» не заплатит, я несу ответственность за оплату, но **я смогу обратиться в «Medicare» с просьбой обжаловать их решение**, следуя инструкциям, указанным на бланке сводного уведомления «Medicare». Если «Medicare» оплатит данное тестирование, вы вернёте мне сумму, которую я внес за вычетом суммы, которую я обязан доплачивать за покрываемые страховкой услуги или нестрахуемого минимума.

Вариант 2. Я хочу пройти вышеуказанное тестирование, но я не желаю, чтобы вы выставляли счёт программе «Medicare». Вы можете попросить меня оплатить сейчас, так как я несу ответственность за оплату данного тестирования. **Я не смогу обратиться в «Medicare» с просьбой обжаловать их решение, если им не был выставлен счёт за данное тестирование.**

Вариант 3. Я не желаю проходить вышеуказанное тестирование. Я понимаю, что сделав такой выбор, я не должен буду оплачивать данный анализ и **не смогу обратиться в «Medicare», чтобы узнать, оплатили бы они его или нет.**

Дополнительная информация: в данном уведомлении указано наше мнение, это – не официальное решение программы «Medicare». Если у вас возникли какие-либо дополнительные вопросы касательно данного уведомления или выставления счетов программе «Medicare», звоните по номеру **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/Телетайп: 1-877-486-2048).

Подписав ниже этот бланк, вы признаёте, что вы получили и поняли данное уведомление. Вам также будет выдана его копия.

Подпись:

Дата:

Согласно Закону об уменьшении документооборота от 1995, ни один человек не должен отвечать на просьбу о сборе информации, если на данном запросе не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (латинская аббревиатура – «OMB»). Действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США для сбора данной информации - 0938-0566. Время, которое потребуется, чтобы заполнить данный бланк и внести необходимую информацию – примерно 7 минут на ответ, включая время на ознакомление с инструкциями, на поиск в существующих источниках информации, на сбор необходимых данных, и время на внесение и проверку данных. Если у вас есть комментарии касательно точности оценки требуемого времени или предложения о том, как можно улучшить данный бланк, пожалуйста, пишите на адрес: CMS, 7500 Security Boulevard, Вниманию инспектора по вопросам обработки отчётов (Attn: PRA Reports Clearance Officer), Baltimore, Maryland 21244-1850.