



Dirección de facturación
P.O. Box 2687
Spokane, WA 99220-2687
1.800.433.1583

Nombre del paciente:

de identificación:

Aviso previo al beneficiario de Medicare (ABN)

Nota: Si Medicare no paga la(s) prueba(s) señalada(s) abajo, es posible que usted tenga que pagar.

Medicare no cubre todo, ni siquiera si usted o su proveedor de salud tiene buenas razones para pensar que usted necesita ciertos cuidados. Anticipamos que Medicare no pagará por la(s) **prueba(s)** siguientes.

Prueba(s)	Razón por la que tal vez Medicare no pague	Costo estimado

LO QUE USTED DEBE SABER:

- Lea este aviso, de modo que pueda tomar una decisión razonada acerca del cuidado de su salud.
- Haga cualquier pregunta que tenga después de que termine de leer.
- Escoja una de las siguientes opciones con respecto a hacerse la(s) prueba(s) señalada(s) abajo.

Nota: Si usted escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que usted tal vez tenga, pero Medicare no nos exige hacerlo.

OPCIONES: Marque una sola casilla. No podemos decidir por usted.

Opción 1. Quiero hacerme la(s) prueba(s) señalada(s) abajo. Ustedes pueden exigirme el pago ahora, pero igualmente deseo que se le envíe la factura a Medicare para que emita una decisión oficial sobre el pago, la cual debe ser enviada a mí en el Aviso de Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, acepto la responsabilidad del pago, pero **puedo apelar la decisión de Medicare** según las instrucciones dadas en el MSN. Si Medicare paga, ustedes me reembolsarán cualquier pago que yo les haya hecho, menos los copagos y deducibles.

Opción 2. Quiero hacerme la(s) prueba(s) señalada(s) abajo, pero no envíen la factura a Medicare. Ustedes pueden exigirme el pago ahora ya que asumo la responsabilidad de pagar. **No puedo apelar si no se le envía la factura a Medicare.**

Opción 3. No quiero hacerme la(s) prueba(s) señalada(s) abajo. Entiendo que con esta decisión no soy responsable del pago y **no puedo apelar para comprobar si Medicare pagaría.**

Información adicional: Este aviso expresa nuestra opinión, no 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).

Con su firma abajo usted deja constancia de que recibió y entendió este aviso. Usted también recibe una copia.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

De acuerdo con la Ley sobre Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder un instrumento de recopilación de información a menos que el mismo tenga un número de control de OMB válido. El número válido de control de OMB para esta información es 0938-0566. El tiempo estimado para llenar esta información es de aproximadamente 7 minutos por formulario, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recabar los datos necesarios y completar y revisar la información recabada. Si tiene comentarios en cuanto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, puede escribir a: 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

SPANISH