



Địa chỉ gửi hóa đơn
P.O. Box 2687
Spokane, WA 99220-2687
1.800.433.1583

Tên bệnh nhân:

Mã số:

Thông Báo Trước cho Người Thụ Hưởng (Advance Beneficiary Notice, hay ABN) về việc Không Bao Trả

Lưu ý: Nếu Medicare không trả chi phí cho các thử nghiệm dưới đây thì quý vị phải trả.

Medicare không chi trả mọi thứ, ngay cả các dịch vụ chăm sóc mà quý vị hay bác sĩ chăm sóc sức khỏe là quý vị cần có do có lý do chính đáng. Chúng tôi nghĩ rằng Medicare không thể chi trả cho (các) thử nghiệm dưới đây.

| (Các) thử nghiệm | Lý do Medicare có thể không trả | Chi phí ước tính |
|------------------|---------------------------------|------------------|
| | | |

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT:

- Đọc thông báo này để quý vị có thể lấy quyết định sáng suốt về cách chăm sóc cho mình.
- Nếu bất cứ thắc mắc nào với chúng tôi sau khi đọc xong.
- Lấy một lựa chọn dưới đây về việc có cho làm (các) thử nghiệm nêu trên.

Lưu ý: Nếu quý vị lấy Lựa Chọn 1 hay 2, chúng tôi có thể giúp quý vị dùng bảo hiểm khác quý vị có, nhưng Medicare không đòi hỏi chúng tôi làm điều này.

LỰA CHỌN: Đánh dấu vào chỉ một ô. Chúng tôi không chọn ô cho quý vị.

Lựa chọn 1. Tôi muốn (các) thử nghiệm nêu trên. Quý vị có thể yêu cầu trả tiền ngay, nhưng tôi cũng muốn gửi hóa đơn cho Medicare để biết quyết định chính thức về việc trả tiền, quyết định này sẽ được gửi đến cho tôi trong Thông Báo Tóm Lược Medicare (Medicare Summary Notice, hay MSN). Tôi hiểu rằng nếu Medicare không trả thì tôi sẽ chịu trách nhiệm trả tiền nhưng **tôi có thể khiếu nại Medicare** bằng cách làm theo chỉ dẫn trên MSN. Nếu Medicare trả tiền, quý vị sẽ hoàn trả bất cứ số tiền nào tôi đã trả, trừ đi tiền đồng trả hay khấu trừ.

Lựa chọn 2. Tôi muốn (các) thử nghiệm nêu trên nhưng yêu cầu không gửi hóa đơn cho Medicare. Quý vị có thể yêu cầu trả tiền ngay vì tôi chịu trách nhiệm trả số tiền đó. **Tôi không thể khiếu nại khi không gửi hóa đơn đến cho Medicare.**

Lựa chọn 3. Tôi không muốn (các) thử nghiệm nêu trên. Tôi hiểu rằng khi lấy lựa chọn này tôi **không** chịu trách nhiệm trả tiền, và tôi **không thể khiếu nại đòi Medicare trả tiền được.**

Thông tin thêm: Thông báo này cho biết ý kiến của chúng tôi, không phải quyết định chính thức của Medicare. Nếu quý vị có thắc mắc khác về thông báo này hay về gửi hóa đơn cho Medicare, xin gọi số **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Ký tên vào dưới đây có nghĩa là quý vị đã nhận và hiểu rõ thông báo này. Quý vị cũng sẽ nhận một bản.

| | |
|---------|-------|
| Chữ ký: | Ngày: |
|---------|-------|

Theo Đạo Luật Giảm Công Việc Giấy Tờ 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), không cần phải trả lời về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm tra OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-0566. Thời gian cần thiết để hoàn tất bản thu thập thông tin ước tính trung bình là 7 phút mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem qua chỉ dẫn, tìm tài nguyên hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn tất và duyệt qua các thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về thời gian ước tính chính xác hay đề nghị cải tiến mẫu này, xin gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, gửi cho: PRA Reports Clearance Officer (Nhân Viên Giải Quyết Báo Cáo), Baltimore, Maryland 21244-1850.