



A: Notificado

Dirección: 817 E 66<sup>th</sup> Street, Richfield, MN 55423

Tel: (612) 488-1566

Fax: (612) 488-1564

Email: [billing@swoopeye.com](mailto:billing@swoopeye.com)

A. Nombre del Paciente:

C. Número de Identificación:

## Aviso Anticipado de No Cobertura (ABN) para el beneficiario

**NOTA:** Si Medicare no paga por **D.** \_\_\_\_\_ A continuación, es posible que tenga que pagar. Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Esperamos que Medicare no pague por el D. \_\_\_\_\_ abajo.

D.	E. Razón por la que Medicare podría no pagar:	F. Costo estimado

### LO QUE TIENES QUE HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.
- Pregúntanos cualquier duda que puedas tener cuando termines de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir el **D.** \_\_\_\_\_ enumerados anteriormente.

**Nota:** Si eliges la opción 1 o 2, es posible que te ayudemos a utilizar cualquier otro seguro que puedas pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

### G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una caja para ti.

**OPCION 1.** Quiero **D.** \_\_\_\_\_ que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo tambien solicito que se facture a Medicare para obtener una decision oficial respecto al pago la cual me sera enviada en un Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en Ingles). Entiendo que, si Medicare no paga, yo sere responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare segun las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagara me seran reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.

**OPCION 2.** Quiero que el **D.** \_\_\_\_\_ mencionados anteriormente, pero no facture a Medicare. Es posible que pida que me paguen ahora, ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.

**OPCION 3.** No quiero que el **D.** \_\_\_\_\_ enumerados anteriormente. Entiendo que con esta elección no soy responsable del pago, y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

### H. Información adicional:

**Este aviso da nuestra opinión, no una decisión oficial de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso o sobre la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

<b>I. Firma</b>	<b>J. Fecha:</b>
-----------------	------------------

**Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. Usted también tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visita [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](http://Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.