



Nombre del paciente: _____

Número de identificación: _____

NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga Pruebas de Laboratorio a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará Pruebas de Laboratorio a continuación.

Pruebas de Laboratorio:	<input type="checkbox"/> AFP (tumor marker)	<input type="checkbox"/> Glucose Testing	<input type="checkbox"/> Glycohemoglobin A1C	_____
	<input type="checkbox"/> Blood Counts (CBC, Hemogram, Hemoglobin, Platelet Ct)	<input type="checkbox"/> HCG (Quant)	<input type="checkbox"/> Iron Studies (Iron, Ferritin, TIBC, etc.)	_____
	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> Hepatitis Panel, Acute	<input type="checkbox"/> Occult Blood, Fecal	_____
	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> HIV, diagnosis and prognosis		
	<input type="checkbox"/> CA 15-3 or 27-29	<input type="checkbox"/> Lipid Testing (Cholesterol, Triglycerides, HDL, LDL, Coronary Risk)		
	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Partial Thromboplastin Time (PTT)		
	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> PSA Testing (free and total)		
	<input type="checkbox"/> Collagen Cross Links (Pyridium)	<input type="checkbox"/> Prothrombin Time (PT)		
	<input type="checkbox"/> Cytogenetics Testing	<input type="checkbox"/> Thyroid Testing (T3, T4, TSH, Free T4, T3U)		
	<input type="checkbox"/> Digoxin	<input type="checkbox"/> Urine Bacterial Culture (Urine Culture, Sensitivities)		
	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Vitamin D Testing		
Razón Porque Medicare a la Mejor no Va Pagar:	Medicare no paga estos análisis para su problema de salud		Medicare no paga estos análisis con esta frecuencia (denegado porque son demasiado frecuentes)	Medicare no paga análisis experimentales o para uso investigativo
Costo estimado:	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir Pruebas de Laboratorio mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero Pruebas de Laboratorio mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero Pruebas de Laboratorio mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago. **No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.**

OPCIÓN 3. No quiero Pruebas de Laboratorio mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

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

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.