

McLaren Print System Order

Order No: 48670 Reprint Previous Order No: 28184
Order Date: 2019-09-17
User: Cheryl Weaver
Phone: 5179134043

Ship Location: MGL Grand Ledge Family Practice
935 Charlevoix Drive Suite 200
Grand Ledge, MI 48837

Forms

Quantity: 100
Paragon Dept No: 68275
Dept Name: McLaren Greater Lansing Grand Ledge Family Practice
Company Number: 54506

Order Total Price: 56.45

Item Number: MM-103B
Item Description: ABN Spanish
Revision Date: 3/2017
Print: 1 sided black and white
Paper: 3 Part (White, Yellow, Pink)
Size: 8.5 x 11
Fold:
Finish: None
Drill: None
Misc Info: 3 part; ss; black and white

A. Notificante: _____ C. Número de identificación: _____
B. Nombre del paciente: _____

Notificación previa de NO cobertura al beneficiario (ABN)
NOTA: Si Medicare no paga D, _____ 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 D, _____ a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. 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.
• Escoge una opción a continuación sobre si desea recibir D, _____ 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.

G. Opciones: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.
 OPCIÓN 1: Quiero D, _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se realice una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSA). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSA. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.
 OPCIÓN 2: Quiero D, _____ 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 D, _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. 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.

I. Firma: _____	J. Fecha: _____
-----------------	-----------------

CNH no discriminó ni sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al 1-800-NEDAC-5881 o envíela al correo electrónico ADA@mcclaren.com.

Se conforma con la Ley de Protección de la Información de los Estados Unidos de América, pero no está obligado a responder por todo período para cualquier información o correo que se solicite con un propósito de información o utilidad, en promedio. El correo que transmite también el tiempo para recibir la información. Para el tiempo de entrega, consulte los datos respecto a tiempo y envío de correo electrónico. La información sobre la entrega de correo electrónico se proporciona con respecto al correo electrónico enviado desde la CMH. Para mayor información, consulte www.mclaren.com/privacy.

Formulario CMS-8-111 (Exp. 6/2020) Formulario aprobado OMB N° 0938-0546

Bianco: registro Amarillo: paciente Rosado: el router