

McLaren Print System Order

Order No: 55893 Reprint Previous Order No: 28184
 Order Date: 2020-08-04
 User: Kristin Fudge
 Phone: 517-574-9123

Ship Location: McLaren Central COMP and ReadyCare
 1523 S. Mission Street
 Mount Pleasant, Mi 48858

Forms

Quantity: 100
 Paragon Dept No: 53037
 Dept Name: McLaren South Side Medical Center
 Company Number: 810

Order Total Price: 56.45

Item Number: MM-103B
 Item Description: ABN Spanish
 Revision Date: 6/2020
 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: _____
 B. Nombre del paciente: _____ C. Número de identificación: _____

**Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario
 (ABN, por sus siglas en inglés)**

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ a continuación, usted podría tener que pagar Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. _____ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. _____ que se indica arriba.

Nota: Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarlo a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.

OPCIÓN 1. Quiero D. _____ que se indica arriba. Puedo pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero D. _____ que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.

OPCIÓN 3. No quiero D. _____ que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

H. Información adicional:

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227(TTY); 1-877-486-2048).

Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma: _____ J. Fecha: _____

CMR es disculpada en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico.