

A.: Noticiera Tricore Reference Laboratories, 1001 Woodward PL NE, Albuquerque NM 87102

B. paciente nombre:

C. identificación número:

Avance beneficiarios notificación de no cobertura (ABN)

Nota: Si Medicare no paga por D. Exámenes de laboratorio a continuación, tendrá que pagar.

Medicare no paga por todo, incluso algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para creer que usted necesita. Esperamos que Medicare no puede pagar la D. Prueba de laboratorio (s) por debajo de.

| D. Prueba de laboratorio: | | E. Razón Medicare no puede pagar: | F. costo estimado |
|--|--|--|--|
| Hemograma (diff w/wo CBC, Hgrm, Hct, H & H) Hgb glicosilada (HA1C) Hepatitis (aguda) Panel Estudios de hierro, suero (ferritina, TIBC, Hierro y transferrina, Pruebas de lípidos PSA PT y PTT | Infecciones de transmisión sexual (Gonorrea, clamidia, la Hepatitis B, especie Chlamydia ABS, sífilis/T. pallidum Las pruebas de drogas cualitativa Tiroides (T3, T4 Total, T4 libre, TSH) la prueba Urocultivo, bacteriana Ensayos de vitamina | Medicare no puede pagar estas pruebas porque no cumplan los criterios para las limitaciones de necesidad o frecuencia médicos establecidos por Medicare con respecto a cuánto se pagará esta prueba. | \$ _____ \$ _____ \$ _____ |
| Proviral VIH ADN PCR Chlamydia especies Abs Helicobacter anticuerpo IgM | | Medicare no pagará la investigación o pruebas experimentales | \$ _____ |

LO QUE NECESITAS HACER AHORA:

- Lea esta notificación, para que pueda tomar una decisión informada acerca de su cuidado.
- Pregúntenos cualquier duda que usted puede tener después de terminar la lectura.
- Elija una opción debajo sobre si debe recibir el D. Exámenes de laboratorio mencionados.

Nota: Si eliges la opción 1 o 2, lo podamos ayudar a usar cualquier otro seguro que tengas, pero Medicare no puede exigir que lo hagamos.

| G. OPCIONES: Marque sólo una casilla. No podemos elegir una caja para ti. |
|---|
| <input type="checkbox"/> Opción 1. Quiero el D. <u>Exámenes de laboratorio</u> mencionados. Usted puede pedir a pagar ahora, pero también quiero una factura por una decisión oficial de pago, que se envía a mí en un aviso de Resumen de Medicare (MSN) de Medicare. Entiendo que si Medicare no paga, yo soy responsable de pago, pero que pueda apelar a Medicare siguiendo las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, reembolsaremos cualquier pago que hice para ti, menos los copagos o deducibles. |
| <input type="checkbox"/> Opción 2. Quiero el D. <u>Exámenes de laboratorio</u> mencionados, pero no facturar a Medicare. Usted puede pedir que me paguen ahora como soy responsable del pago. No puedo apelar si Medicare se factura no. |
| <input type="checkbox"/> Opción 3. No quiero el D. <u>Exámenes de laboratorio</u> mencionados. Entiendo con esta opción yo no responsable del pago, y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría. |

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: |
|-----------|-----------|

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

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.