

(A) Notificante(s):

(B) Nombre del paciente:

(C) Número de identificación:

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.
- Escoja 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 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 **(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:
-------------------	-------------------

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.

Instructions for Completing ABN

1. Enter name of Notifier ie: Dr. Smith or South Bend Medical Foundation
2. Enter Patient's Legal Name
Do not substitute name of authorized representative if patient is unable to sign.
3. Enter Patient's Accession Number (Optional).
4. Enter the name of the test you believe Medicare will not cover or check the appropriate preprinted test name in the box.
5. Enter the reason Medicare may not pay or check the appropriate preprinted reason in the box.
6. Enter the Estimated cost of the test(s) you believe Medicare will not cover.

Reminder: Some tests may have multiple charges, depending on the extent of testing performed. See Medical Necessity Guide Book or Patient Fee Schedule for test(s)cost.

7. The Patient must personally select an option to either receive the service and bill Medicare, receive the service and not bill Medicare, OR not to receive the service. Marking the box for pre-selection is prohibited.
8. Have the Patient enter the date on which he or she signed the ABN. Have the Patient sign their name. If the Patient is unable to select an option and sign and date the ABN, an authorized representative may do so on their behalf.
9. The Patient must receive a copy of the completed ABN.

National and Local Coverage Determinations Test List

Acid Phosphatase, Prostatic	Hepatitis, Viral Serology Testing
Acid Phosphatase, Total	Hepatitis Panel
Allergen (Rast Type Test)	High Sensitivity C-Reactive Protein (hs-CRP)
Alpha Feto Protein, Serum	HIV, Diagnostic
Brain-Type Natriuretic Peptide (BNP)	HIV, Monitoring
CA 125	Homocysteine Syphilis Testing
CA 15-3/27.29	Iron Studies
CA 19-9	Lipid Testing
CBC (Complete Blood Count)	Occult Blood, Screen
CEA	Occult Blood, Diagnostic
Collagen Cross Links	PSA, Diagnostic
Digoxin	PSA, Screen
ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate)	PT (Prothrombin Time)
GGTP	PTT (Partial Thromboplastin Time)
Glucose, Blood	Syphilis Testing
HCG, Quantitative	Thin Prep Pap Test, Screen
Hemoglobin A1C	Thyroid Testing
	Urine Culture, Quantitative

Refer to the South Bend Medical Foundation Medical Necessity Guidebook for a complete list of tests and the estimated cost of each test.



530 N. Lafayette Blvd. • South Bend, IN 46601
 (574) 234-4176 • (800) 544-0925
 www.sbfm.org

(A) Notificante(s):

(B) Nombre del paciente:

(C) Número de identificación:

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.
- Escoja 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 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 **(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:
-------------------	-------------------

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.

Instructions for Completing ABN

1. Enter name of Notifier ie: Dr. Smith or South Bend Medical Foundation
2. Enter Patient's Legal Name
Do not substitute name of authorized representative if patient is unable to sign.
3. Enter Patient's Accession Number (Optional).
4. Enter the name of the test you believe Medicare will not cover or check the appropriate preprinted test name in the box.
5. Enter the reason Medicare may not pay or check the appropriate preprinted reason in the box.
6. Enter the Estimated cost of the test(s) you believe Medicare will not cover.

Reminder: Some tests may have multiple charges, depending on the extent of testing performed. See Medical Necessity Guide Book or Patient Fee Schedule for test(s)cost.

7. The Patient must personally select an option to either receive the service and bill Medicare, receive the service and not bill Medicare, OR not to receive the service. Marking the box for pre-selection is prohibited.
8. Have the Patient enter the date on which he or she signed the ABN. Have the Patient sign their name. If the Patient is unable to select an option and sign and date the ABN, an authorized representative may do so on their behalf.
9. The Patient must receive a copy of the completed ABN.

National and Local Coverage Determinations Test List

Acid Phosphatase, Prostatic	Hepatitis, Viral Serology Testing
Acid Phosphatase, Total	Hepatitis Panel
Allergen (Rast Type Test)	High Sensitivity C-Reactive Protein (hs-CRP)
Alpha Feto Protein, Serum	HIV, Diagnostic
Brain-Type Natriuretic Peptide (BNP)	HIV, Monitoring
CA 125	Homocysteine Syphilis Testing
CA 15-3/27.29	Iron Studies
CA 19-9	Lipid Testing
CBC (Complete Blood Count)	Occult Blood, Screen
CEA	Occult Blood, Diagnostic
Collagen Cross Links	PSA, Diagnostic
Digoxin	PSA, Screen
ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate)	PT (Prothrombin Time)
GGTP	PTT (Partial Thromboplastin Time)
Glucose, Blood	Syphilis Testing
HCG, Quantitative	Thin Prep Pap Test, Screen
Hemoglobin A1C	Thyroid Testing
	Urine Culture, Quantitative

Refer to the South Bend Medical Foundation Medical Necessity Guidebook for a complete list of tests and the estimated cost of each test.