

住址: _____
(Site name, address & billing telephone no.)

患者姓名 (Patient Name):

身份证号码 (ID No.):

未承保服务受益人预先通知 (ABN)

注意: 如果Medicare不承担以下D. _____, 您须支付相关费用。

Medicare不会承担所有的费用, 即使是您或您的医疗服务提供者有充分理由认为您需要的某些医疗项目。我们预计, Medicare可能不会承担以下D. _____的费用。

D.	Medicare可能不承担费用的原因:	预估费用:

您现在需要做什么:

- 阅读本通知, 以便您能对您的护理做出明智的决定。
- 阅读完毕后, 请向我们提出您的任何问题。
- 选择下列一个关于是否接受上述D. _____的选项。

注意: 如果您选择选项1或2, 我们可以帮助您使用您可能拥有的任何其他保险, 但Medicare不能要求我们这样做。

<p>选项: 请仅勾选一项。我们不能为您做出选择。</p> <p><input type="checkbox"/> 选项1: 我希望接受上述D. _____。您可以要求立即支付, 但我也希望Medicare收到账单, 并做出正式付款决定, 以Medicare摘要通知 (MSN) 的方式寄送给我。我明白, 如果Medicare不承担费用, 我将负责支付费用, 但我可以按照MSN上的指示向Medicare提出申诉。如果Medicare进行付款, 您将退还我向您支付的任何款项, 扣除共付额或自付额。 (<i>I want D., bill Medicare</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 选项2: 我希望接受上述D. _____, 但无需Medicare承担费用。您可以要求立即支付, 因为我有责任支付费用。如果Medicare未被要求承担费用, 我不能申诉。 (<i>I want D., do not bill Medicare</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 选项3: 我不希望接受上述D. _____。我明白, 如选择此选项, 我不承担费用, 并且我不能提出申诉以确认Medicare是否会承担费用。 (<i>I don't want D.</i>)</p>

其他信息:

本通知是我们的意见, 不是Medicare的正式决定。如果您对本通知或Medicare帐单有其他问题, 请致电 **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048)。

如在下方签名, 则表示您已经收到并理解本通知。您还将收到一份副本。

<p>签名: (Signature)</p>	<p>日期: (Date)</p>
----------------------------	-----------------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

