

Название учреждения: \_\_\_\_\_  
 (Site name, address & billing telephone no.)

Имя пациента (Patient Name): \_\_\_\_\_

Идентификационный номер (ID No.): \_\_\_\_\_

## Предварительное уведомление бенефициара о неполучении страхового возмещения (ABN)

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если Medicare не оплачивает нижеуказанное за счет плана D. \_\_\_\_\_, вам может быть необходимо осуществить оплату за свой счет.

Medicare возмещает оплату не за все медицинские услуги, в которых вы нуждаетесь, исходя из личного мнения или предписаний врача. Medicare не возмещает оплату за следующие медицинские услуги по плану D. \_\_\_\_\_.

D.	Причина, по которой Medicare не оплачивает медицинские услуги:	Ориентировочная стоимость:

**ВАШИ ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ:**

- Прочтите это уведомление для принятия обоснованного решения о лечении.
- Задавайте нам вопросы, возникшие после прочтения документа.
- Ниже отметьте, какую медицинскую помощь хотели бы получить согласно плану D. \_\_\_\_\_.

**Примечание.** При выборе варианта 1 или 2 мы поможем вам воспользоваться любой другой медицинской страховкой, но Medicare не вправе от нас этого требовать.

**ВАРИАНТЫ. Выберите только один вариант. Мы не можем поставить отметку за вас.**

- ВАРИАНТ 1.** Я хочу получить вышеуказанные услуги за счет плана D. \_\_\_\_\_. Вы можете выставить счет для немедленной оплаты, но я также хочу, чтобы Medicare официально выставила счет об оплате, отправив мне краткое уведомление Medicare (MSN). Я понимаю, что если Medicare не оплатит медицинские услуги, оплата возлагается на меня, но **я могу обратиться в Medicare** согласно инструкциям MSN. Если Medicare осуществит оплату, вы возместите все платежи, которые я вам перечислил, за вычетом доплат или отчислений.  
*(I want D., bill Medicare)*
- ВАРИАНТ 2.** Я хочу получить вышеуказанные услуги за счет плана D. \_\_\_\_\_, но без выставления счета Medicare. Вы можете запросить оплату сейчас, так как я несу ответственность за оплату. **Я не могу обратиться за возмещением, если Medicare не выставлен счет.** *(I want D., do not bill Medicare)*
- ВАРИАНТ 3.** Я не хочу получать вышеуказанные услуги за счет плана D. \_\_\_\_\_. Я понимаю, что, выбирая данный вариант, я **не несу ответственности за оплату и не могу подать запрос, чтобы узнать, оплатит ли Medicare.** *(I don't want D.)*

**Дополнительная информация:**

В настоящем уведомлении представлено наше мнение, а не официальное решение **Medicare**. При возникновении вопросов по данному уведомлению или выставлению счетов по программе Medicare позвоните по телефону **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Ставя свою подпись ниже, вы подтверждаете, что получили это уведомление и ознакомились с его содержанием. Вы также получите его копию.

Подпись: (Signature)	Дата: (Date)
----------------------	--------------

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.

