



Patient Label Box

Spanish

Notifier name: Nombre del emisor del aviso:

Notifier address: Dirección del emisor del aviso:

Notifier phone (including TTY): Teléfono del emisor del aviso (incluyendo TTY):

Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)

Medicare doesn't pay for everything, even some care you or your health care provider think you need. **We expect Medicare may not pay for the item, test, service or care listed below.** If Medicare doesn't pay, you may have to pay.

Aviso anticipado de no cobertura para beneficiarios (ABN)

Medicare no paga todo, incluso alguna atención o servicios que usted o su proveedor de atención médica crean que son necesarios. **Esperamos que Medicare posiblemente no pague el artículo, examen, servicio o atención mencionada abajo.** Si Medicare no paga, es posible que usted deba pagar.

Item, test, service or care		Artículo, examen, servicio o atención
Reason Medicare may not pay		Motivo por el que Medicare podría no pagar
Estimated cost		Costo estimado

What to do now

- Read this notice to make an informed decision about your care.
- Ask any questions you have.
- Choose one option below to let us know if you still want to get the item, test, service or care.

Qué debe saber

- Lea este aviso para tomar una decisión informada sobre su atención.
- Haga cualquier pregunta que pueda tener.
- Elija una de las siguientes opciones para informarnos si aún quiere el artículo, examen, servicio o atención.





Patient Label Box

Spanish

Choose ONE option below. We can't choose for you.

If you choose Option 1 or 2, we may help you use any other insurance you might have, but Medicare can't require us to do this.

- **Option 1: I want the item, test, service or care listed above, and I want Medicare to be billed for an official decision on payment, which I'll get on a Medicare Summary Notice (MSN).** You can ask to be paid now. I understand that if Medicare doesn't pay, I'm responsible to pay, but I can appeal to Medicare by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you'll refund any payments I made to you, minus co-pays or deductibles.
- **Option 2: I want the item, test, service or care listed above, but don't bill Medicare.** You can ask to be paid now and I'm responsible to pay. I understand that I can't appeal, since Medicare isn't billed.
- **Option 3: I don't want the item, test, service or care listed above.** I understand I'm not responsible for payment and I can't appeal to see if Medicare would pay.

Elija UNA opción de abajo. No podemos elegir por usted.

Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que usted pueda tener, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

- **Opción 1: Quiero el artículo, el examen, el servicio o la atención indicados arriba y quiero que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial sobre el pago, la que recibiré en un Aviso del resumen de Medicare (MSN).** Usted puede pedir el pago ahora. Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero que puedo apelar ante Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, ustedes me reembolsarán cualquier pago que yo haya hecho, menos los copagos o deducibles correspondientes.
- **Opción 2: Quiero el artículo, el examen, el servicio o la atención indicados arriba, pero no quiero que se facture a Medicare.** Ustedes pueden pedirme el pago ahora y yo soy responsable del pago. Entiendo que no puedo apelar, ya que no se facturará a Medicare.
- **Opción 3: No quiero el artículo, el examen, el servicio o la atención indicados arriba.** Entiendo que con esta elección no soy responsable del pago y que no puedo apelar para saber si Medicare pagaría.

Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. For other questions about this notice or Medicare billing, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048. Signing below means you received and understand this notice. You can ask to get a copy.

Información adicional:

En este aviso se expresa nuestra opinión, no es una decisión oficial Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su firma abajo significa que recibió y comprende este aviso. Puede pedir una copia.

Firma (Signature)

Fecha (mm/dd/yyyy) (Date (mm/dd/yyyy))

You have the right to get Medicare information in an accessible format, like large print, Braille, or audio. You also have the right to file a complaint if you feel you've been discriminated against. Visit [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que lo discriminaron. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

PRA Disclosure Statement: 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. This information collection is for providers, suppliers, Hospice and Religious Non-medical HealthCare Institutes and Home Health Agencies to notify original Medicare beneficiaries of their potential financial liability under specific conditions. The time required to complete this information collection is estimated to average less than 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, to review and complete the information collection. This information collection is mandatory under Section 1879 of the Social Security Act, 42 CFR 411.404(b) and (c) and 411.408(d)(2) and (f). If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Form CMS-R-131 (Exp. 03/31/2029)

Form Approved OMB No. 0938-0566



ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NON-COVERAGE (ABN)
(ABN Waiver)

S32862-SP (Rev. 04/26)
Page 2 of 2