

Nombre del Paciente:
Número de Identificación:

Notificación Previa de NO-Cobertura al Beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por las pruebas seleccionadas o marcadas en el recuadro siguiente, es posible que usted tenga que pagar. Medicare no paga por todas las pruebas, incluyendo algunas que usted o su proveedor médico considere que son necesarias. Nosotros anticipamos que Medicare no pague por las pruebas seleccionadas o marcadas a continuación.

Solo Pruebas marcadas:	Razón por la que Medicare no cubre:	Costo estimado:
<input type="checkbox"/> CRP-hs \$75 <input type="checkbox"/> Folic Acid \$135 <input type="checkbox"/> Hemogloblin A1c \$ 85 <input type="checkbox"/> Homocysteine \$175 <input type="checkbox"/> Lipid Panel \$95 <input type="checkbox"/> Occult Bld \$140 <input type="checkbox"/> PSA \$120 <input type="checkbox"/> TSH \$110 <input type="checkbox"/> T3U \$60 <input type="checkbox"/> T4 Total \$60 <input type="checkbox"/> T4 Free \$150 <input type="checkbox"/> Vitamin B1 \$110 <input type="checkbox"/> Vitamin B2 \$230 <input type="checkbox"/> Vitamin B6 \$310 <input type="checkbox"/> Vitamin B12 \$145 <input type="checkbox"/> Vitamin D 25 OH \$340 <input type="checkbox"/> Vitamin D 1,25 OH \$335	<p>Es posible que Medicare no pague estas pruebas tan a menudo (demasiado frecuente)</p> <p>-----</p> <p>Medicare no pagará por estas pruebas por su condición, basado en el diagnóstico proporcionado</p> <p>-----</p> <p>Medicare no pagará por las pruebas de uso experimental o de investigación</p>	<p>-----</p> <p style="text-align: center;"><i>Consulte la lista de precios en la parte posterior</i></p>

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso, para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención médica.
- Pregúntenos cualquier duda que pueda tener al terminar de leer.
- A continuación elija una opción si desea recibir las pruebas seleccionadas anteriormente.

Nota: Si elige la Opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que usted tenga, aunque Medicare no nos obliga a hacerlo.

OPCIONES: Marque sólo un recuadro. No podemos elegir el recuadro por usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero las pruebas seleccionadas 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 reembolsará el pago que he realizado, excepto el copago o deducible.
- OPCIÓN 2.** Quiero las pruebas seleccionadas anteriormente, pero deseo que no se cobre a Medicare. Pueden solicitarme que 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 las pruebas seleccionadas anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si Medicare pagaría.**

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.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

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

De acuerdo a la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la solicitud de información a menos que se facilite un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta solicitud de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se estima que sea, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en la base de datos existente, recabar los datos necesarios, llenar y revisar los datos recabados. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

- Es posible que Medicare no pague por estas pruebas tan a menudo debido a un límite de frecuencia

4212	Carnitine @	\$235		2817	T3 Uptake @	\$ 60
5399	Chlamydia, Urine @	\$165		2823	T4, Free @	\$150
5083	CRP-hs @	\$ 75		5692	T4, Free, Dialysis @	\$295
5981	Fibrinogen Ag @	\$215		2819	T4, Total @	\$ 60
2695	Folic Acid @	\$135		4581	T. Pallidum – PA @	\$125
5397,5396	GC (NG), Amplified, Urine @	\$165		3450	Treponema Antibody @	\$ 70
4803	Glycated Hemoglobin @	\$105		2835	TSH @	\$110
2708	Hemoglobin A1c @	\$ 85		4274	TSH, Ultrasensitive @	\$150
2739	Hepatitis B Surface Ag	\$100		4950	Vitamin A	\$150
3540	HIV 1/2 AG/AB Combo @	\$115		4952	Vitamin B1	\$110
4288	Homocysteine, Serum @	\$175		5014	Vitamin B2	\$230
5051	Homocysteine, Urine @	\$175		4956	Vitamin B6 @	\$310
4228	LDL Direct @	\$135		2840	Vitamin B12 @	\$145
173	Lipid Panel @	\$ 95		5020	Vitamin C	\$150
4351	Lipoprotein Panel @	\$150		4958	Vitamin D 25-Hydroxy @	\$340
7015	Occult Blood, Screen, Guaiac	\$120		4960	Vitamin D 1, 25-Hydroxy @	\$335
7009	Occult Blood, Screen, Immunoassay	\$140		4962	Vitamin E	\$170
2608	PSA, Medicare Screen	\$120		4963	Vitamin K1	\$360
3500	RPR @	\$ 35				

Cualquier prueba marcada con @ es también una prueba de Cobertura Limitada de Medicare por diagnóstico

@ - Medicare no pagará por estas pruebas por su condición, basándose en el diagnóstico proporcionado

9325	Acute Hepatitis Panel	\$270	2695	Folic Acid #	\$135	7017	Occult Blood, Diagnostic	\$120
2625	AFP Tumor Marker	\$135	4230	Fructosamine #	\$115	1425	Prothrombin Time (PT)	\$ 35
4832	C-Peptide	\$230	5396, 5397	GC (NG) Amplified #	\$165	2606	PSA, Diagnostic	\$120
3997	C-Telopeptide	\$295	2216	GGT	\$ 60	1430	PTT	\$ 40
4827	CA 15-3	\$180	2217	Glucose	\$ 45	3500,3499	RPR #	\$ 35
4976	CA 19-9	\$230	2713	HCG, Quantitative	\$150	2817	T3 Uptake #	\$ 60
4825	CA 27.29	\$180	2708	Hemoglobin A1c #	\$ 85	2823	T4, Free #	\$150
1000,1041	CBC	\$ 45	2739	Hepatitis B Surface Ag #	\$100	2819	T4, Total #	\$ 60
2645	CEA	\$150	3540	HIV 1/2 AG/AB Combo #	\$115	4936	Transferrin	\$135
5399,5398	Chlamydia, Amplified #	\$165	4288	Homocysteine, Serum #	\$175	2635	Trophoblastic HCG	\$150
5083	CRP-hs #	\$ 75	2222	Iron	\$ 55	2835	TSH #	\$110
6049	Culture, Urine	\$ 80	2153	Iron Binding	\$ 85	4274	TSH, Ultrasensitive #	\$150
3034	Digoxin	\$100	8180	Leukemia/Lymphoma Ph.	\$120	2840	Vitamin B12 #	\$140
3254	Drug Abuse Panel #	\$245	4829	N-Telopeptide, Urine	\$145	4958	Vitamin D 25-Hydroxy #	\$340
2090	Ferritin	\$110	5267	N-Telopeptide, Serum	\$400			

Cualquier prueba marcada con # es también una prueba limitada por frecuencia de Medicare

+ Medicare no pagará por pruebas experimentales o de uso exclusivo de investigación

4140	Antiphospholipid Antibody Panel	\$510		5273	Mycobacterium tuberculosis PCR	\$440
6096	Bordetella-PCR	\$435		5242	PAI-1 Locus 4G/5G Mutation	\$420
4535	CD55 and CD59 for PNH	\$465		3969	Prostaglandin D2	\$495
5098	Complement C7	\$210		2048	PTH, Body Fluid	\$130
4847	Hemochromatosis (HFE) PCR	\$240		4104	T. Pallidum Ab IgG, CSF	\$ 90
4152	Human Herpes Virus 8 (HHV 8) IgG	\$340		2047	Thyroglobulin, Body Fluid	\$140
3940	JAK2 V617F Mutation	\$540		4955	Vitamin B3	\$430
4077	Liver Cytosol Autoantibodies	\$190				

Este listado no contiene todas las pruebas de cobertura limitada. Visite <https://www.cms.gov> para obtener una lista completa de las determinaciones de NCD y el Contratista Administrativo de Medicare (Noridian o Novitas) para determinaciones de LCD.

Nombre del Paciente:
Número de Identificación:

Notificación Previa de NO-Cobertura al Beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por las pruebas seleccionadas o marcadas en el recuadro siguiente, es posible que usted tenga que pagar. Medicare no paga por todas las pruebas, incluyendo algunas que usted o su proveedor médico considere que son necesarias. Nosotros anticipamos que Medicare no pague por las pruebas seleccionadas o marcadas a continuación.

Solo Pruebas marcadas:	Razón por la que Medicare no cubre:	Costo estimado:
<input type="checkbox"/> CRP-hs \$75 <input type="checkbox"/> Folic Acid \$135 <input type="checkbox"/> Hemogloblin A1c \$ 85 <input type="checkbox"/> Homocysteine \$175 <input type="checkbox"/> Lipid Panel \$95 <input type="checkbox"/> Occult Bld \$140 <input type="checkbox"/> PSA \$120 <input type="checkbox"/> TSH \$110 <input type="checkbox"/> T3U \$60 <input type="checkbox"/> T4 Total \$60 <input type="checkbox"/> T4 Free \$150 <input type="checkbox"/> Vitamin B1 \$110 <input type="checkbox"/> Vitamin B2 \$230 <input type="checkbox"/> Vitamin B6 \$310 <input type="checkbox"/> Vitamin B12 \$145 <input type="checkbox"/> Vitamin D 25 OH \$340 <input type="checkbox"/> Vitamin D 1,25 OH \$335	<p>Es posible que Medicare no pague estas pruebas tan a menudo (demasiado frecuente)</p> <p>-----</p> <p>Medicare no pagará por estas pruebas por su condición, basado en el diagnóstico proporcionado</p> <p>-----</p> <p>Medicare no pagará por las pruebas de uso experimental o de investigación</p>	<p>-----</p> <p><i>Consulte la lista de precios en la parte posterior</i></p>

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso, para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención médica.
- Pregúntenos cualquier duda que pueda tener al terminar de leer.
- A continuación elija una opción si desea recibir las pruebas seleccionadas anteriormente.

Nota: Si elige la Opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que usted tenga, aunque Medicare no nos obliga a hacerlo.

OPCIONES: Marque sólo un recuadro. No podemos elegir el recuadro por usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero las pruebas seleccionadas 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 reembolsará el pago que he realizado, excepto el copago o deducible.
- OPCIÓN 2.** Quiero las pruebas seleccionadas anteriormente, pero deseo que no se cobre a Medicare. Pueden solicitarme que 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 las pruebas seleccionadas anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si Medicare pagaría.**

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.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

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

De acuerdo a la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la solicitud de información a menos que se facilite un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta solicitud de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se estima que sea, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en la base de datos existente, recabar los datos necesarios, llenar y revisar los datos recabados. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)
INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO ABN DE MEDICARE

1. **Nombre del Paciente** (arriba a la izquierda): escriba el nombre del paciente tal como aparece en la tarjeta de Medicare; Nombre, apellido y la inicial del segundo nombre si aparece.
2. **Número de Identificación** (superior derecha): Escriba el número de requisición o el número de acceso, NO utilice el número de Medicare o el número de seguro social del paciente. Este espacio es opcional (si este espacio se deja en blanco, la ABN sigue siendo válida).
3. **Pruebas marcadas** (primer recuadro): En el primer recuadro, marque el nombre de la prueba (para pruebas con límite de frecuencia) o escriba el nombre de la prueba junto a la razón por la cual Medicare pueda no cubrir el pago.
 - *Para estas pruebas tan a menudo (demasiado frecuente)* – En esta área escriba cualquier prueba con límite de frecuencia.
Siempre obtenga una ABN para pruebas con límite de frecuencia.
 - *Para estas pruebas por su condición, basándose en el diagnóstico proporcionado* – En esta área escriba las pruebas que usted considere que Medicare no pagará basándose en el código de diagnóstico proporcionado. Para obtener una lista completa de pruebas de cobertura limitada, visite <https://www.cms.gov> para determinaciones de NCD y el Contratista Administrativo de Medicare (Noridian o Novitas) para determinaciones de LCD.
 - *Para pruebas experimentales o de investigación solamente:* En esta columna escriba las pruebas no aprobadas por la FDA que se pueden encontrar visitando <https://www.cms.gov> para determinaciones de NCD y el Contratista Administrativo de Medicare (Noridian o Novitas) para determinaciones de LCD.
4. **Costo Estimado:** Anote el costo de las pruebas marcadas en esta área. Debe anotar un costo o la ABN será inválida.
5. **Explique la notificación ABN al paciente:** Responda a todas las preguntas del paciente. Si el paciente tiene una pregunta de Medicare que usted no puede contestar, proporcione el número de teléfono **1-800-MEDICARE** (1-800-6334227/TTY: 1-877-486-2048) para obtener respuestas a sus preguntas.
6. El **paciente** debe seleccionar una de las tres opciones:
 - Opción 1 – El paciente desea recibir la(s) prueba(s) y quiere que CPL facture a Medicare
 - Opción 2 – El paciente desea recibir la prueba(s), pero no quiere que se facture a Medicare (el paciente recibirá una factura)
 - Opción 3 – El paciente no desea realizarse la(s) prueba(s)
7. **Firma:** El paciente debe firmar la ABN. Un representante autorizado puede firmar si el paciente no puede hacerlo.
8. **Fecha:** El paciente debe anotar la fecha en la ABN.
9. Entregue al paciente **una copia** (carbón o fotocopia) de la ABN inmediatamente después de que él /ella firme. NO realice cambios a una ABN después de la firma del paciente.