



**SOUTH BEND
MEDICAL
FOUNDATION**

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

Notificante(s): _____

Nombre del paciente: _____ **Número de identificación:** _____

Notificación Previa de No-Cobertura al Beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga examen de laboratorio 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 examen de laboratorio a continuación.

| Examen de laboratorio | Razón por la que no está cubierto por Medicare | 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 examen de laboratorio 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.

OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero examen de laboratorio 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 examen de laboratorio 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 examen de laboratorio mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

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:** _____

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.



**SOUTH BEND
MEDICAL
FOUNDATION**

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

Instructions for Completing ABN

1. Enter name of Notifier if other than South Bend Medical Foundation
2. Enter patient's legal name. First and last name and middle initial should be used if there is one on the beneficiary's Medicare (HICN) card. **Do not substitute** name of authorized representative if patient is unable to sign.
3. Enter patient's SBMF accession number (optional). **Medicare (HICNs) or Social Security numbers must not appear on the ABN.**
4. Enter the name of the test(s) 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. There must be at least one reason applicable to each test listed. The same reason for noncoverage may be applied to multiple tests.
6. Enter the estimated cost of the test(s) you believe Medicare will not cover.
7. The patient or his or her representative 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. Under no circumstances can the notifier decide for the beneficiary which of the 3 checkboxes to select. However, at the beneficiary's request, notifiers may enter the beneficiary's selection if he or she is physically unable to do so. In such cases, notifiers must annotate the notice accordingly.
8. Have the patient (or representative) enter the date on which he or she signed the ABN. If the beneficiary has physical difficulty with writing and requests assistance in completing this field, the date may be inserted by the notifier.
9. 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. If a representative signs on behalf of a beneficiary, he or she should write out "representative" in parentheses after his or her signature. The representative's name should be clearly legible or noted in print.
10. The patient must receive a copy of the completed ABN.

Refer to the South Bend Medical Foundation Medical Necessity Guidebook for a complete list of tests.



**SOUTH BEND
MEDICAL
FOUNDATION**

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

Notificante(s): _____

Nombre del paciente: _____ **Número de identificación:** _____

Notificación Previa de No-Cobertura al Beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga examen de laboratorio 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 examen de laboratorio a continuación.

| Examen de laboratorio | Razón por la que no está cubierto por Medicare | 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 examen de laboratorio 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.

OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero examen de laboratorio 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 examen de laboratorio 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 examen de laboratorio mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

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:** _____

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.



**SOUTH BEND
MEDICAL
FOUNDATION**

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

Instructions for Completing ABN

1. Enter name of Notifier if other than South Bend Medical Foundation
2. Enter patient's legal name. First and last name and middle initial should be used if there is one on the beneficiary's Medicare (HICN) card. **Do not substitute** name of authorized representative if patient is unable to sign.
3. Enter patient's SBMF accession number (optional). **Medicare (HICNs) or Social Security numbers must not appear on the ABN.**
4. Enter the name of the test(s) 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. There must be at least one reason applicable to each test listed. The same reason for noncoverage may be applied to multiple tests.
6. Enter the estimated cost of the test(s) you believe Medicare will not cover.
7. The patient or his or her representative 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. Under no circumstances can the notifier decide for the beneficiary which of the 3 checkboxes to select. However, at the beneficiary's request, notifiers may enter the beneficiary's selection if he or she is physically unable to do so. In such cases, notifiers must annotate the notice accordingly.
8. Have the patient (or representative) enter the date on which he or she signed the ABN. If the beneficiary has physical difficulty with writing and requests assistance in completing this field, the date may be inserted by the notifier.
9. 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. If a representative signs on behalf of a beneficiary, he or she should write out "representative" in parentheses after his or her signature. The representative's name should be clearly legible or noted in print.
10. The patient must receive a copy of the completed ABN.

Refer to the South Bend Medical Foundation Medical Necessity Guidebook for a complete list of tests.