

Advanced Beneficiary Notice (ABN)

(A) MONTEREY PARK MEDICAL CENTER, 941 S. Atlantic Blvd., Ste. 101 Monterey Park, CA 91754 Phone: (626)458-8401 Fax: (626)458-5606

(B) Nombre del paciente: _____

(C) Numero de Identificacion: _____

NOTA: Si Medicare no paga (D) a continuacion, usted debara pagar. Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, segun usted o su medico, estan justificados. Prevemos que Medicare no pagara (D) a continuacion.

(D) Servicio: _____

(E) Razon por la que no esta cubierto por Medicare: _____

(F) Costo estimado: _____

Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificacion, de manera que pueda tomar una decision fundamentada sobre la atencion que recibe.
- Haganos toda pregunta que pueda tener despues de que termine de leer.
- Escoja una opcion a continuacion sobre si desea recibir (D) Mencionado.

Nota: Si escoge la opcion 1 o 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

(G) OPCIONES: Sirvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

Opcion 1: Quiero (D) mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero tambien deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decision oficial sobre el pago, la cual se me enviara en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, **pero puedo apelar a Medicare** segun las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsaran los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

Opcion 2: Quiero (D) 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.**

Opcion 3: No quiero (D) mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opcion no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaria Medicare.**

(H) Informacion adicional: **En esta notificacion se da a conocer nuestra opinion, no la de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre la presente notificacion 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 notificacion. Tambien se le entrega una copia.

(I)Firma: _____

(J)Fecha: _____

