

환자 성명:  
식별 번호: (선택 사항)

통지 담당자 성명  
통지 담당자 주소  
통지 담당자 전화번호(TTY 포함)

## 가입자 비급여 사전 통지(Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN)

Medicare는 모든 치료를 보장하지는 않습니다. 가입자 또는 의료인이 필요하다고 판단한 치료라도 마찬가지입니다. Medicare에서는 아래의 품목, 검사, 서비스, 치료에 대해 보장하지 않을 것으로 예상됩니다. Medicare가 비용을 지불하지 않을 경우, 가입자가 지불해야 할 수 있습니다.

품목, 검사, 서비스, 치료	Medicare로 보장되지 않을 수 있는 이유	예상 비용

### 대응 방법

- 본 통지를 읽고 정확한 정보를 바탕으로 치료에 대한 결정을 내립니다.
- 궁금한 점이 있을 경우 질문합니다.
- 여전히 해당 품목, 검사, 서비스, 치료를 원할 경우, 아래에서 한 가지를 선택해 저희에게 알려주십시오.

아래에서 하나를 선택하십시오. 저희가 대신 선택할 수는 없습니다.

선택 1 또는 2의 경우, 귀하가 보유한 다른 보험을 이용하도록 저희가 도와드릴 수 있지만 저희가 반드시 그렇게 하도록 Medicare에서 요구할 수는 없습니다.

- **선택 1:** 본인은 위에 나열된 품목, 검사, 서비스, 치료를 원하며, 지불에 대한 공식적 결정이 Medicare에 청구되기를 바랍니다. 본인은 이 결정을 Medicare 요약 통지(Medicare Summary Notice, MSN)를 통해 받게 될 것입니다. 즉시 지불하도록 요청받을 수 있습니다. Medicare에서 지불하지 않을 경우 본인이 지불해야 하지만, MSN의 안내를 따라 Medicare에 이의를 제기할 수 있음을 이해합니다. Medicare에서 지불할 경우, 본인이 지불한 금액은 공동부담금과 공제액을 제외하고 모두 환불될 것입니다.
- **선택 2:** 본인은 위에 나열된 품목, 검사, 서비스, 치료를 원하지만 그 비용을 Medicare에 청구하지 않겠습니다. 즉시 지불하도록 요청받을 수 있으며 지불 책임은 본인에게 있습니다. Medicare로 청구되지 않았으므로, 본인은 이의를 제기할 수 없다는 사실을 이해합니다.
- **선택 3:** 본인은 위에 나열된 품목, 검사, 서비스, 치료를 원하지 않습니다. 본인은 지불할 책임이 없으며, Medicare가 지불할 수 있는지 여부를 알기 위한 이의 제기가 불가능하다는 사실을 이해합니다.

추가 정보:

본 통지는 저희의 의견이며, Medicare의 공식 결정이 아닙니다. 본 통지 또는 Medicare 청구에 대해 문의 사항이 있을 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다. 아래에 서명하면, 본 통지를 받고 이해하였음을 의미합니다. 귀하는 사본을 요청하실 수 있습니다.

서명	날짜(월/일/년)
----	-----------

가입자는 큰 글씨, 점자, 음성 등의 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 느끼는 경우 민원을 제기할 권리가 있습니다. [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 방문하십시오.

## PRA 고지문

1995년 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시된 경우를 제외하고 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 통제번호는 0938-0566입니다. 이 정보 수집은 의료 제공자, 물품 공급자, 호스피스 및 종교적 비의료 간병 시설, 가정 의료 기관이 Medicare 가입자에게 특정 조건 하의 잠재적 비용 지불 책임을 알리기 위한 것입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 문항당 평균 7분 미만으로 예상됩니다. 여기에는 지침을 검토하고, 기존 자료를 찾고, 필요한 자료를 수집하고, 정보 수집을 검토 및 완료하는 시간이 포함됩니다. 이 정보 수집은 사회보장법(Social Security Act) 섹션 1879, 42 CFR 411.404(b) 및 (c), 411.408(d)(2) 및 (f)에 따라 의무화되어 있습니다. 예상 시간의 정확성에 대해, 또는 이 양식의 개선에 대해 의견이 있을 경우 다음 주소로 서신을 보내 주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.