

Tên bệnh nhân:
Mã số định danh: (không bắt buộc)

Tên của người thông báo
Địa chỉ của người thông báo
Số điện thoại của người thông báo
(bao gồm TTY)

Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về việc Không Chi trả Bảo hiểm (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN)

Medicare không chi trả cho mọi dịch vụ, ngay cả những dịch vụ mà quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cho rằng quý vị cần. **Chúng tôi cho rằng Medicare có thể sẽ không chi trả cho vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được liệt kê dưới đây.** Nếu Medicare không chi trả, quý vị có thể sẽ phải tự chi trả.

Vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc	Lý do tại sao Medicare có thể sẽ không chi trả	Chi phí ước tính

Những điều cần làm bây giờ

- Vui lòng đọc thông báo này để đưa ra quyết định sáng suốt về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Hãy đưa ra các thắc mắc mà quý vị có.
- Vui lòng chọn một trong các tùy chọn dưới đây để cho chúng tôi biết nếu quý vị vẫn còn muốn nhận vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc đó hay không.

Chọn MỘT tùy chọn dưới đây. Chúng tôi không thể chọn thay quý vị.

Nếu quý vị chọn Tùy chọn 1 hoặc 2, chúng tôi có thể giúp quý vị sử dụng bất kỳ bảo hiểm nào khác mà quý vị có, nhưng Medicare không thể yêu cầu chúng tôi làm điều này.

- ☐ **Tùy chọn 1: Tôi muốn nhận vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được liệt kê ở trên, và tôi muốn lập hóa đơn cho Medicare để có quyết định chính thức về khoản thanh toán, quyết định này tôi sẽ nhận được trong Thông báo Tóm lược Medicare (Medicare Summary Notice, MSN).** Quý vị có thể yêu cầu để được chi trả ngay bây giờ. Tôi hiểu rằng nếu Medicare không chi trả, tôi có trách nhiệm phải chi trả, nhưng tôi có thể kháng nghị lên Medicare bằng cách làm theo các chỉ dẫn trên MSN. Nếu Medicare chi trả, quý vị sẽ hoàn trả lại bất kỳ khoản thanh toán nào mà tôi đã chuyển cho quý vị, trừ đi các khoản đồng thanh toán hoặc khấu trừ.
- ☐ **Tùy chọn 2: Tôi muốn nhận vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được liệt kê ở trên, nhưng đừng lập hóa đơn cho Medicare.** Quý vị có thể yêu cầu để được chi trả ngay bây giờ và tôi có trách nhiệm phải chi trả. Tôi hiểu rằng tôi không thể kháng nghị, vì Medicare không bị lập hóa đơn.
- ☐ **Tùy chọn 3: Tôi không muốn nhận vật dụng, xét nghiệm, dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được liệt kê ở trên.** Tôi hiểu rằng tôi không có trách nhiệm chi trả cho khoản thanh toán và tôi cũng không thể kháng nghị để xem nếu Medicare có chi trả hay không.

Thông tin bổ sung:

Thông báo này chỉ đưa ra ý kiến của chúng tôi, không phải là một quyết định chính thức từ Medicare. Nếu quý vị có các thắc mắc khác về thông báo này hoặc việc lập hóa đơn của Medicare, vui lòng gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Việc ký tên bên dưới nghĩa là quý vị đã nhận được và hiểu rõ thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu để nhận một bản sao.

Chữ ký

Ngày (mm/dd/yyyy)

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, chẳng hạn như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền gửi đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).

Tuyên Bố về Đạo Luật PRA

Theo Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0566. Việc thu thập thông tin này là dành cho các nhà cung cấp, nhà cung ứng, các Cơ sở Chăm sóc Cuối đời và Cơ sở Chăm sóc Sức khỏe Tôn giáo Phi Y tế, và các Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà, để thông báo cho những người thụ hưởng Medicare ban đầu về trách nhiệm tài chính tiềm năng theo các điều kiện cụ thể. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là ít hơn 7 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết để xem xét và hoàn tất qua việc thu thập thông tin. Việc thu thập thông tin này là bắt buộc theo Điều 1879 của Đạo luật An sinh Xã hội, 42 CFR 411.404(b) và (c) và 411.408(d)(2) và (f). Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.