

A. Notificador: Triangle Visions Optometry

B. Nombre: \_\_\_\_\_ C. Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

### Notificación Anticipada del Beneficiario de No Cobertura (ABN)

**Nota:** Si su seguro no paga por los **D. servicios** a continuación, es posible que tenga que pagar.

El seguro no paga todo, incluso algunos cuidados que usted o su proveedor de salud tienen buenas razones para pensar que necesita.

Esperamos que su seguro no pague los **D. Servicios** a continuación.

D. Services	E. Razón por la que su seguro no puede pagar	F. Costo estimado
<input type="checkbox"/> Refracción (60.00) <input type="checkbox"/> Fotos del Optos (39.00) <input type="checkbox"/> Fotos de la retina (95.00) <input type="checkbox"/> Campos visuales (120.00) <input type="checkbox"/> OCT (120.00) <input type="checkbox"/> Ortoqueratología (575.00 – 4,500.00) <input type="checkbox"/> Examen lentes de contacto (80.00 – 225.00) <input type="checkbox"/> Otro (99203-99214 \$85.00 -212.00)	<input type="checkbox"/> Su seguro usualmente no paga por estos servicios, aunque pueda estar de acuerdo con la validez del procedimiento. <input type="checkbox"/> Es posible que su seguro no pague por estos servicios si no se consideran necesarios <input type="checkbox"/> Si no se descubren hallazgos médicos durante la visita, su seguro médico puede negar la cobertura.	Mire sección D.

#### Que es lo que usted necesita saber:

Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.

Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.

Elija una opción a continuación sobre si desea recibir los servicios **D.** enumerados anteriormente.

**Nota:** Si elige la Opción 1 o 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que pueda tener, pero el seguro no puede exigirnos que hagamos esto.

#### G. Inicie solo una. Nosotros no podemos decidir por usted.

**Opción 1:** Quiero los servicios **D.** mencionados anteriormente. Es posible que se le pida que pague ahora, pero también quiero que se facture a mi seguro para una decisión oficial sobre el pago. Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable del pago, pero  **puedo apelar a mi seguro** poniéndome en contacto con ellos. Si mi seguro paga, le reembolsaremos cualquier pago que le haya hecho, menos el copago o los deducibles.

**Opción 2:** Quiero los servicios **D.** mencionados anteriormente a la tarifa que indique, pero no facture a mi seguro. Es posible que se le pida que pague ahora ya que usted es responsable del pago. **No puedo apelar si mi seguro no está facturado.**

**Opción 3:** No deseo los servicios **D.** enumerados anteriormente. Entiendo que con esta elección soy responsable del pago. y **no puedo apelar para ver si mi seguro pagaría**

#### H. Información adicional.

**Este aviso da nuestra opinión, pero no es una decisión oficial de su compañía de seguros.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso, su seguro o la facturación de Medicare, comuníquese con su compañía de seguros o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).**

Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. También puede recibir una copia, si así lo desea.

<b>I. Firma:</b>	<b>J. Fecha:</b>
------------------	------------------

**CMD no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800 MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormat [Request@cmd.hhs.gov](mailto:Request@cmd.hhs.gov).**

De acuerdo con la ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, ATTN: PRAreports Clearance Officer,

Baltimore Maryland 21244-1850.