



5310 N. LA CHOLLA BLVD. • TUCSON, AZ 85741 • 520-229-8878 • FAX: 520-229-9107

A. Notificante:

B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga D. _____ 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 D. _____ a continuación.

D.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 94620 6 Min Walk | <input type="checkbox"/> 95811 BiLevel Titration | <input type="checkbox"/> 99496 Outpatient Visit <=7 days of Hospital DC | <input type="checkbox"/> 31628 Trans Bronchoscopy with Lung Biopsy |
| <input type="checkbox"/> 93475 Flow Volume Loop for a PFT | <input type="checkbox"/> 95811 ASV Titration | <input type="checkbox"/> 99495 Outpatient Visit <= 14 days of Hospital DC | <input type="checkbox"/> 31629 FNA Fine Needle Aspiration of Lymph Nodes |
| <input type="checkbox"/> 94726 PFT Pulmonary, Function Test = Plethysmography | <input type="checkbox"/> 95811 AVAP Titration | <input type="checkbox"/> 99205 NP Office Consult Level 5 | <input type="checkbox"/> 31632 Bronchoscopy + Transbronchial Lung Biopsy, each additional lobe |
| <input type="checkbox"/> 94726 PFT + MIPP & MEPP | <input type="checkbox"/> 95805 MSLT | <input type="checkbox"/> 99204 NP Office Consult Level 4 | <input type="checkbox"/> 31633 + 31629 - Bronchoscopy + Transbronchial Needle aspiration, each additional lobe |
| <input type="checkbox"/> 94727 PFT = Nitrogen Wash Out + MPP / MEPP | <input type="checkbox"/> 95805 MWT | <input type="checkbox"/> 99203 NP Office Consult Level 3 | <input type="checkbox"/> 31635 Bronchoscopy Surgical with removal of Foreign Body |
| <input type="checkbox"/> 94727 PFT = Nitrogen Wash Out | <input type="checkbox"/> 93880 Carotid Duplex | <input type="checkbox"/> 94760 Pulse Ox | <input type="checkbox"/> 31653 Bronchoscopy with EBUS Sampling >= 3 nodes |
| <input type="checkbox"/> 94060 PFT = Bronchodilator | <input type="checkbox"/> 93978 Aorta Duplex | <input type="checkbox"/> 99407 Smoking Cessation Counseling 10 MIN | <input type="checkbox"/> 31500 Emergency Airway / Intubation |
| <input type="checkbox"/> 94729 DLCO = Diffusion Capacity for Lungs Carbon Monoxide | <input type="checkbox"/> 93880 Carotid Duplex | <input type="checkbox"/> 99406 Smoking Cessation Counseling 3 MIN | <input type="checkbox"/> 99223 Initial Hospital Consult |
| <input type="checkbox"/> 94799 MIP MEP | <input type="checkbox"/> 93975 Renal Artery Duplex + 76775 | <input type="checkbox"/> 99215 EP Office Visit Level 5 | <input type="checkbox"/> 99231 Subsequent Hospital Care |
| <input type="checkbox"/> 93000 EKG | <input type="checkbox"/> 76775 Renal Duplex + 93975 | <input type="checkbox"/> 99214 EP Office Visit Level 4 | <input type="checkbox"/> 99232 Subsequent Hospital Care |
| <input type="checkbox"/> 93306 Echocardiography | <input type="checkbox"/> 93922 Resting ABI / TP | <input type="checkbox"/> 99213 EP Office Visit Level 3 | <input type="checkbox"/> 99233 Subsequent Hospital Care |
| <input type="checkbox"/> 93475 Flow Volume Loop for a PSG | <input type="checkbox"/> 93923 PVR ~ Pulse Volume Recordings | <input type="checkbox"/> 31622 Bronchoscopy Diagnostic or Therapeutic | <input type="checkbox"/> 99291 Critical Care 1st hour |
| <input type="checkbox"/> 95811 Split Night PSG | <input type="checkbox"/> 93924 Pre & Post Exercise ABI /TP | <input type="checkbox"/> 31623 Bronchoscopy with Brushing or Protected Brushings | <input type="checkbox"/> 99292 Critical Care any additional 30 min |
| <input type="checkbox"/> 95810 Diagnostic PSG | <input type="checkbox"/> 93922 WBI--Wrist Brachial Index | <input type="checkbox"/> 31624 Bronchoscopy BAL ~ Bronchial Alveolar Lavage | |
| <input type="checkbox"/> 95811 CPAP Titration | <input type="checkbox"/> 93925 LE Arterial Duplex | <input type="checkbox"/> 31625 Bronchoscopy with Biopsy single or multiple sites | |
| | <input type="checkbox"/> 93930 UE Arterial Duplex | | |
| | <input type="checkbox"/> 93970 LE Venous Duplex | | |
| | <input type="checkbox"/> 93970 UE Venous Duplex | | |

E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:

E. Costo estimado:

\$ _____.	\$ _____.	\$ _____.	<i>Total</i>
\$ _____.	\$ _____.	\$ _____.	\$ _____.

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 D. _____ 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.

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

- OPCIÓN 1.** Quiero D. _____ 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 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.**
- OPCIÓN 3.** No quiero D. _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. Información adicional

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 copianotice.

I. Firma

J. 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.