

**Facturación / Consentimiento
 NOTIFICACIÓN ANTICIPADA
 DE NO COBERTURA AL
 BENEFICIARIO - MEDICARE
 ADVANTAGE PLAN (MAP)**

Patient Name
 DOB
 MRN
 Physician
 FIN

NOTIFICACIÓN ANTICIPADA DE NO COBERTURA AL BENEFICIARIO

NOTA: Usted es beneficiario de un plan de seguro médico llamado **Medicare Advantage**, que posiblemente no pague por el/los servicio(s) indicado(s) a continuación, lo que significa que, de ser así, usted será personalmente responsable por el pago. Su cobertura no incluye absolutamente todo, aun cuando se trate de atención o tratamiento que usted o su profesional médico consideren que usted necesita. Prevemos que su plan de Medicare Advantage **posiblemente** no pague por estos servicios, de acuerdo a las pautas establecidas por dicho plan:

1. Descripción de(l)/los servicio(s)	2. Razón por la cual su plan de Medicare Advantage puede no pagar	3. Costo estimado

LO QUE USTED DEBE SABER

- Lea esta notificación para poder tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de su atención médica.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que haya terminado de leer.
- Elija una de las opciones a continuación, indicando si desea recibir el/los servicio(s) que figura(n) anteriormente en la **columna 1**.

Nota: Si usted elige la opción A o la B, podemos ayudarle a usar cualquier otro plan de seguro que pueda tener, pero su plan Medicare Advantage no puede exigirnos que lo hagamos.

OPCIONES (Por favor, marque sólo un casillero. Nosotros no podemos elegir por usted.)

- OPCIÓN A.** Yo quiero que se me proporcione(n) el/los servicio(s) indicado(s) anteriormente. Ustedes pueden exigirme el pago ahora, pero también quiero que se facture a mi plan de Medicare Advantage para obtener una decisión oficial relativa al pago, la que se me enviará a modo de Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*). Yo entiendo que si mi plan de Medicare Advantage no paga, el pago será mi responsabilidad. No obstante, **yo puedo apelar la decisión del plan, siguiendo las instrucciones contenidas en la Explicación de Beneficios. Si el plan paga, ustedes me reembolsarán todo pago que yo haya efectuado, menos copagos o deducibles.**
- OPCIÓN B.** Yo quiero que se me proporcione(n) el/los servicio(s) indicado(s) anteriormente pero no quiero que se envíe una factura a mi plan de Medicare Advantage. Ustedes pueden exigirme el pago ahora, dado que yo tengo la responsabilidad de efectuarlo. **Yo no puedo presentar una apelación si no se envía una factura a mi plan de Medicare Advantage.**
- OPCIÓN C.** Yo **no quiero** que se me proporcione(n) el/los servicio(s) indicado(s) anteriormente. Yo entiendo que esta elección implica que **no soy responsable de pago alguno y que no puedo presentar una apelación para ver si mi plan de Medicare Advantage pagaría.**

Información adicional

Honorarios estimados del profesional de *Advanced Radiology Services* \$_____.

Esta notificación le da a conocer nuestra opinión acerca de lo que puede suceder; no es una decisión oficial de Medicare Advantage. Si tiene alguna otra pregunta acerca de dicha notificación o de la facturación de Medicare Advantage, por favor póngase en contacto con su plan de Medicare Advantage.

Su firma a continuación indica que usted ha recibido esta notificación y que entiende su contenido. Usted también recibe una copia.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

White - Chart Yellow - Patient

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

