

McLaren Print System Order

Order No: 55893 Reprint Previous Order No: 28184 Order Date: 2020-08-04 User: Kristin Fudge Phone: 517-574-9123

Ship Location: McLaren Central COMP and ReadyCare 1523 S. Mission Street Mount Pleasant, Mi 48858

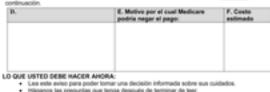
Forms Quantity: 100 Paragon Dept No: 53037 Dept Name: McLaren South Side Medical Center Company Number: 810

Order Total Price: 56.45

Item Number: MM-103B Item Description: ABN Spanish Revision Date: 6/2020 Print: 1 sided black and white Paper: 3 Part (White, Yellow, Pink) Size: 8.5 x 11 Fold: Finish: None Drill: None Misc Info: 3 part; ss; black and white

A Notificanta: B. Nombre del paciente: C. Número de Identificación: Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) 4074: El Medicane no coso D.

<u>HOTA</u>. Si titedicare no paga por D______a continuación, usited podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluídos algunos outdados que usited o su proveedor de attención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D______a continuación.



E USTED DEBEI NACER AHORA: Las este avice puis para pode tomar una decisión informada sobre sus cuidados. Hilganos las prepuntas que tenga después de terminar de tear. Elija una opción a continuación sobre si incolaría D. _____que se indica amba. Nota: 5% eligit opción 1 o 2, podrámos ayudaría a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esta.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.

 OPCION 1. Culiero D.______pue tei indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, in cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MDM, por sun siglies en inglés). Enterndo que, si Medicare no paga, yo será responsable del pago, pero puedo apeler a Medicare según las indicaciones en el MDN. Si Medicare pagará, me serán reemboliados todos tes pagos que yo Insy hecho, sobre los coposes e deducitares. CIOPCION 2. Culero D.__que se indica amba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago años, yo que yo soly responsable del pago. No podrá apelar para saber si tencturara a Medicare. CIOPCION 1. No quero D.__que se indica amba, pero no facture a tito se facturare a Medicare. E OPCION 1. No quero D.__que se indica arriba. Enterno que, con esta efección, ne seré responsable del pago, y no podrá apelar para saber si téncicare hubiera reasaño.

H. Información adicional:

Este avise explica muestre opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted terre otra prepartes relativas a este avise a la facturación de Medicare, Tame al 1.400 MEDICARE (1.400-433-42171TT): 1.477-48-2049.

Firme abajo po	ara reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.
L Firma:	J. Fecha:

CMS no discrimina en un programas y actividades. Para odicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1.800-MEDICARE o cervie un memoje de correo electrónico: