

Médico solicitante: _____

Nombre del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____

Notificación previa de no cobertura para el beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no cubre un **análisis de Foundation Medicine** indicado más adelante, usted puede tener que pagarlo.

Medicare no cubre todo, incluso algún servicio que usted o su proveedor de servicios de salud consideren necesario con motivos fundados. Es de esperar que Medicare no pague el **análisis de Foundation Medicine** indicado a continuación.

D.	E. Motivo por el que es posible que Medicare no pague:	F. Costo estimado
Marque el análisis adecuado. <input type="checkbox"/> FoundationOne@Heme <input type="checkbox"/> FoundationOne@Liquid CDx <input type="checkbox"/> FoundationOne@CDx	Medicare no cubre estos análisis para su enfermedad	El costo es de \$3,500.00/ análisis seleccionado

LO QUE DEBE HACER AHORA:

- Lea esta notificación para poder tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener antes de terminar la lectura.
- Elija una opción a continuación respecto de recibir el **análisis de Foundation Medicine** indicado anteriormente.

Nota: Si elige la Opción 1 o 2, es posible que lo/a ayudemos a usar cualquier otro seguro que pueda tener, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES:	Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 1. Quiero el análisis de Foundation Medicine indicado anteriormente. Pueden exigir el pago inmediatamente, pero también quiero que se le facture a Medicare una decisión oficial sobre pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, seré responsable del pago, pero puedo apelar ante Medicare siguiendo las instrucciones que figuran en el MSN. Si Medicare hace el pago, me reembolsarán todos los pagos que haya hecho, menos los copagos o deducibles.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 2. Quiero el análisis de Foundation Medicine indicado anteriormente, pero no quiero que se lo facturen a Medicare. Pueden exigir el pago inmediatamente ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se le factura a Medicare.
<input type="checkbox"/>	OPCIÓN 3. No quiero el análisis de Foundation Medicine indicado anteriormente. Entiendo con esta elección que no soy responsable del pago y no puedo apelar para saber si Medicare lo pagaría.

H. Información adicional:

Si tiene consultas sobre la facturación, póngase en contacto con el Equipo de facturación de Foundation Medicine al 1-888-988-3639. Envíe por fax los formularios firmados al 866-283-5838.

Esta notificación contiene nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre esta notificación o la facturación de Medicare, llame a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Su firma a continuación significa que ha recibido y entendido esta notificación. También recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Si desea solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame a: 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

En virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que persona alguna responda a una recopilación de información a menos que contenga un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es en promedio 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios en relación con la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.