

订购医师 _____

患者姓名: _____

患者出生日期: _____

非保障范围受益人预先通知 (ABN)**请注意:** 如 Medicare 不予报销下列 **Foundation Medicine 测试** 费用, 您可能需要自费支付。Medicare 的报销范围并不涵盖所有项目, 即使您或您的医疗机构有合理理由认为该项目对您确属必需。预计 Medicare 可能不会报销下列 **Foundation Medicine 测试** 费用。

D.	E. Medicare 不予报销的原因:	F. 估计费用
请在相应的测试前打勾。 <input type="checkbox"/> FoundationOne@Heme <input type="checkbox"/> FoundationOne@Liquid CDx <input type="checkbox"/> FoundationOne@CDx	根据您的情况, Medicare 不会报销这些测试费用	每项测试费用为 3500.00 美元

您应采取的行动:

- 仔细阅读本通知, 以便做出知情的治疗决定。
- 阅读后如有任何疑问, 请咨询我们。
- 选择以下一项, 以表明您是否愿意接受上述 **Foundation Medicine 测试**。

注: 如果选择第 1 项或第 2 项, 我们可帮助您使用您可能享有的任何其他保险, 但是 Medicare 不能要求我们如此行事。

G. 选项: 只能在一个方框中打勾。我们不能代您选择。

- 选项 1.** 本人愿意接受上述 **Foundation Medicine 测试**。贵公司可以要求立即付款, 而本人拟依据正式付款决定要求 Medicare 结算费用, 该决定通过《Medicare 摘要通知》(MSN) 发送给本人。本人明白, 如果 Medicare 不予付款, 则本人须自行付款, 但是本人可以按照《Medicare 摘要通知》中的说明向 **Medicare 提出申诉**。如果 Medicare 付款, 贵公司应退还本人支付的费用, 当中扣除共付额或免赔额。
- 选项 2.** 本人愿意接受上述 **Foundation Medicine 测试**, 但不要求 Medicare 结算费用。该费用由本人承担, 贵公司可以要求立即付款。**如不要求 Medicare 结算费用, 则本人不得申诉。**
- 选项 3.** 本人不愿接受上述 **Foundation Medicine 测试**。本人明白, 通过做出这一选择, 本人无须承担任何费用, 且本人不得申诉以核实 Medicare 是否会付款。

H. 附加信息:

如有结算问题, 请致电 1-888-988-3639, 与 Foundation Medicine 结算团队联系。请将经签署的表格传真至 866-283-5838。

此通知仅为本公司意见, 并非 Medicare 正式决定。如果您对此通知或 Medicare 结算事宜仍有其他疑问, 请致电 **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048)

下列签名表示您已收到且明白此通知。您还会收到一份副本。

I. 签名:	J. 日期:
---------------	---------------

CMS 在其计划和活动中概不歧视任何人士。如需以其他格式获取本文件, 请致电: 1-800-MEDICARE 或发送电邮至: AltFormatRequest@cms.hhs.gov。

根据《1995 年文书削减法》, 除非出示有效的 OMB 控制编号, 否则任何人士均无须回应信息采集要求。本信息采集的有效 OMB 控制编号为 0938-0566。本信息采集的预估完成时间为平均每次 7 分钟, 其中包括查看说明、搜索现有数据资源、收集所需数据以及完成和复查信息采集的时间。如果您对时间估算的准确性有任何意见, 或者提出建议以改进此表格, 请写信至: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.