

현장: _____
(Site name, address & billing telephone no.)

환자 이름 (Patient Name):

신분증 번호 (ID No.):

보험 적용 제외에 대한 수혜자 사전 통지 (ABN)

참고: Medicare 에서 D에 대한 비용을 지불하지 않는 경우, _____ 귀하가 지불해야 합니다.

Medicare 는 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 필요하다고 생각할 만한 충분한 이유가 있는 일부 치료를 포함하여 모든 치료에 대해 비용을 지불하지 않습니다. Medicare 에서 아래 D에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. _____ -

D.	Medicare 가 지급하지 않는 이유:	추정 비용:

지금 귀하가 해야 할 일:

- 이 안내문을 읽고 정보에 입각하여 치료에 대한 결정을 내릴 수 있습니다.
- 읽은 후 궁금한 점이 있으면 문의해주세요.
- 위의 D 목록에서 받을지 여부에 대한 옵션을 _____ 선택하세요.

참고: 옵션 1 또는 2를 선택하는 경우, 당사는 귀하가 가입한 다른 보험의 이용을 도와드릴 수 있지만, Medicare 는 당사에 이를 요구할 수 없습니다.

옵션:	하나의 상자만 선택합니다. 상자를 선택할 수 없습니다.
<input type="checkbox"/>	<p>옵션 1. 위의 D 목록을 _____ 원합니다. 지금 지급을 요청할 수도 있지만, Medicare 에서 공식적인 지급 결정에 대한 청구서를 Medicare 요약 통지서(MSN)로 보내주기를 원합니다. 본인은 Medicare 에서 비용을 지불하지 않는 경우 본인에게 지불 책임이 있다는 것을 이해하지만, MSN의 지침에 따라 Medicare 에 이의를 제기할 수 있습니다. Medicare 가 비용을 지불하는 경우, 본인 부담금 또는 공제액을 제외한 모든 금액을 환불해 드립니다. <i>(I want D., bill Medicare)</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>옵션 2. 위의 D 목록을 _____ 원하지만, Medicare 에 청구하지 않습니다. 결제는 제가 책임지므로 지금 병원측에서 내게 결제를 요청할 수 있습니다. Medicare 에 청구되지 않은 경우 이의를 제기할 수 없습니다. <i>(I want D., do not bill Medicare)</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>옵션 3. 위의 D 목록을 _____ 원하지 않습니다. 본인은 이 선택에 대해 지불에 대한 책임이 없으며, Medicare 의 지불 여부를 확인하기 위해 이의를 제기할 수 없음을 이해합니다. <i>(I don't want D.)</i></p>

추가 정보:

이 공지는 공식적인 Medicare 의 결정이 아니라 본 병원의 의견을 제시하는 것입니다. 본 안내문 또는 Medicare 청구에 대한 기타 질문이 있는 경우 **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048) 로 전화하세요.

아래에 서명하면 본 통지를 수신하고 이해했음을 의미합니다. 사본도 받게 됩니다.

<p>서명: 서 <i>(Signature)</i></p>	<p>날짜: <i>(Date)</i></p>
--	-------------------------------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

