

住址: \_\_\_\_\_  
(Site name, address & billing telephone no.)

患者姓名 (Patient Name):

身份證號碼 (ID No.):

## 未承保服務受益人預先通知 (ABN)

**注意:** 如果Medicare不承担下列D. \_\_\_\_\_ 的费用, 您可能需要自行支付此費用。

Medicare不會承担所有的费用, 即使您或您的醫療服務提供者有充分理由認為您需要的某些醫療項目。我方認為Medicare可能不會承担以下D. \_\_\_\_\_ 的費用。

D.	Medicare可能不承担此費用的原因:	預計費用:

**您現在需要採取的措施:**

- 閱讀本通知, 以便您能對您的護理做出知情決策。
- 閱讀完畢後, 請向我方提出您可能有的任何疑問。
- 從下方的選項中選擇是否接受上述D. \_\_\_\_\_。

**注意:** 如果您選擇選項1或2, 我方可能可以協助您使用您可能擁有的任何其他保險, 但 Medicare不能要求我方做出此行為。

<p><b>選項:</b>      您只能勾選一個方框。我方不能為您作出選擇。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>選項1:</b> 我要接受上述的D. _____。您可以要求我馬上付款, 但我也希望Medicare收到賬單, 對付款作出正式決定, 並以Medicare摘要通知(MSN)的形式寄送給我。我理解, 如果Medicare不承擔費用, 我有責任自行支付費用, 但我可以按照MSN上的指示向<b>Medicare提出上訴</b>。如果Medicare進行付款, 您將退還我向您支付的任何款項, 扣除共付額或自付額。 (<i>I want D., bill Medicare</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>選項2:</b> 我要接受上述的D. _____, 但無需Medicare承擔費用。由於我有責任支付費用, 您可以要求我馬上付款。如果<b>Medicare未被要求承擔費用, 我不能上訴</b>。 (<i>I want D., do not bill Medicare</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>選項3:</b> 我不接受D. _____。我理解, 這項選擇表示我不必負責支付費用, 且我不能上訴以<b>確認Medicare是否承擔費用</b>。 (<i>I don't want D.</i>)</p>
---

**附加信息:**

本通知僅用於提供我方觀點, 而非**Medicare**的正式決定。如您對本通知或Medicare計費有其他疑問, 請致電 **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048)。

在下方簽名即表示您已收到並理解本通知。此外, 您將收到副本一份。

簽名: (Signature)	日期: (Date)
--------------------	---------------

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.

