

A. Notificante: Connecticut Gastroenterology Associates, PC

B. Nombre del paciente:

C. Número de Identificación:

Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)

NOTA: Si Medicare no paga por D. G0121/G0105 a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. G0121/G0105 a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado
G0121- Detección de cáncer colorrectal, Colonoscopia en el individuo que no cumple los criterios de alto riesgo	Medicare cubre el procedimiento anterior: una vez cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección para pacientes de cualquier edad que no estén en alto riesgo, cuando la realice un médico o en osteopatía.	\$1300
G0105- Colonoscopia de detección de cáncer colorrectal en personas de alto riesgo	Razón por la que Medicare puede no pagar: Medicare cubre el procedimiento anterior: Una vez cada 24 meses.	\$1300

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. G0121/G0105 que se indica arriba.
Nota: Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

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

- OPCIÓN 1.** Quiero D. G0121/G0105 que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero D. G0121/G0105 que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No quiero D. G0121/G0105 que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, no seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

H. Información adicional:

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

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

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

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Formulario CMS-R-131 (Exp. 06/30/2023)

Formulario aprobado OMB No. 0938-0566