

ACRYSOF® IQ TORIC - FACILITY SAMPLE ABN

Notificante: Ingrese el nombre y domicilio del notificante. Puede ser escrito a máquina, a mano, preimpreso, etiquetado o incorporado en el logotipo del notificante.

Nombre del paciente: Nombre/apellido del beneficiario **No. de ID:** Opcional. No use # de Seguro Social ni HICN.

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará por el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) descrito a continuación.

ARTÍCULO/SERVICIO	Razón por la que no está cubierto por Medicare:	Costo estimado
<ol style="list-style-type: none">1. La función de corrección del astigmatismo de las lentes intraoculares (LIO) AcrySof® IQ Toric.2. Marcar el eje de astigmatismo del ojo al inicio de la cirugía de cataratas.3. Cualquier otra modalidad para arreglar el astigmatismo residual (por ejemplo, incisiones relajantes limbares, incisiones relajantes corneales, queratotomía astigmática, LASIK, etc.)	Medicare sólo pagará por la cirugía estándar de cataratas incluyendo reconocimientos, pruebas, seguimiento requeridos y una lente intraocular convencional. El 22 de enero, 2007, Medicare estableció la Resolución CMS1536-R respecto a la corrección del astigmatismo con lentes intraoculares (IOL) y declaró que los servicios médicos y de las instalaciones estrictamente relacionados con la corrección del astigmatismo no están cubiertos por Medicare, y por lo tanto, son responsabilidad financiera del paciente.	

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
 - Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
 - Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) mencionado anteriormente.
- Nota:** Si escoge la Opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) mencionado anteriormente, pero que no se le cobre a Medicare. Puede solicitarme que le pague ahora dado que soy responsable por el pago. **No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.**
- OPCIÓN 3.** No quiero el [ARTÍCULO/SERVICIO](#) mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción **no soy responsable por el pago y no puedo apelar para determinar si Medicare pagaría.**

Información adicional: La implantación de una lente intraocular para corregir el astigmatismo y los servicios relacionados no son médicamente necesarios. Elegir una lente intraocular para corregir el astigmatismo es opcional. Además del costo de los artículos y servicios no cubiertos, usted es responsable de los copagos y deducibles usuales asociados con los servicios cubiertos (por ejemplo, cirugía para cataratas).

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder a cualquier solicitud para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recopilados. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.