Sonora Quest Laboratories
A Subsidiary of Laboratory Sciences of Arizona

Billing Address/Questions:
PO Box 67150
Phoenix, AZ 85082
(602) 685-5051 - (800) 853-4288

Nombre del paciente: Número de identificación:

NOTIFICACIÓN PREVIA DE NO-COBERTURA AL BENEFICIARIO (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga la(s) pruerba(s) de laboratorio 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 la(s) prueba(s) de laboratorio a continuación.

Elementos enumerados o marcados solamente: (Con costos estimados)	☐ AFP Tumor Marker $109 ☐ NT ProBNP $189 ☐ CA125 $145 ☐ CA 15-3 $132 ☐ CA 19-9 $143 ☐ CA 27.29 $151 ☐ CBC/Blood Counts $31 ☐ CEA $130 ☐ Cholesterol $28 ☐ Collagen Cross-Linked $171 ☐ CRP $71 ☐ Culture, Urine $65 AND: If needed: ID/Sens $20 Each ☐ Digoxin $81 ☐ Ferritin $91 ☐ Fructosamine $40 ☐ GGT $28 ☐ Glucose $28	☐ hCG Quant $130 ☐ HDL Cholesterol $52 ☐ H. pylori $253 ☐ Hemoglobin A1c $78 ☐ Hepatitis Panel Acute $408 ☐ HIV Quant $555 ☐ HIV Screen $138 AND: If needed: Confirm Test $227 ☐ HLA-B27 $156 ☐ Iron $28 ☐ Iron/Binding Capacity $65 ☐ LDL Cholesterol $54 ☐ Lipid Panel $77 ☐ Magnesium $28 ☐ Occult Blood $77 ☐ PSA $110 ☐ PSA Free $236 ☐ PT $28	☐ PTT $45 ☐ T3 Uptake $38 ☐ T4 $40 ☐ T4 Free $139 ☐ Triglycerides $28 ☐ TSH $63 ☐ Vitamin D, 25-Hydroxy $165 ☐ Vitamin D, 1-25 dihyd. $300 ☐ Other: _____ ☐ Other: _____
Razón por la que no está cubierto por Medicare:	Medicare no paga por esta(s) prueba(s) para su condición		

LO QUE USTED NECESITA HACER AHORA:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decision fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir la(s) prueba(s) de laboratorio 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.

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

☐ **OPCIÓN 1.** Quiero la(s) prueba(s) de laboratorio mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión official 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, puero **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 la(s) prueba(s) de laboratorio mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitor que se 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 la(s) prueba(s) de laboratorio mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determiner si pagaría Medicare.**

Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinion, 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:**

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido 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 recogidos. 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.