

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

رقم الهوية (ID No.): \_\_\_\_\_

اسم المريض (Patient Name): \_\_\_\_\_

## إشعار مسبق للمنتفع بعدم التغطية (ABN)

**ملاحظة:** إذا لم تدفع Medicare مقابل الخطة D. أدناه، قد تضطر إلى الدفع. لا يدفع برنامج Medicare مقابل كل شيء، حتى بعض الرعاية التي تعتقد أنت أو مقدم الرعاية الصحية بأن لديك سبب وجيه للاعتقاد بأنك بحاجة إليها. نتوقع ألا تدفع Medicare مقابل الخطة D. أدناه.

الخطة D.	سبب عدم قيام Medicare بالدفع:	التكلفة المتوقعة:

ما تحتاج إلى معرفته:

- اقرأ هذا الإشعار، حتى تتمكن من اتخاذ قرار مدروس بشأن رعايتك.
  - اطرح علينا أي أسئلة قد تكون لديك بعد الانتهاء من القراءة.
  - حدد أحد الخيارات أدناه حول ما إذا كنت تريد تلقي الخطة D. المذكورة أعلاه.
- ملاحظة:** إذا اخترت الخيار ١ أو ٢، فقد نساعدك في استخدام أي تأمين آخر قد يكون لديك، ولكن لا يمكن لبرنامج Medicare أن يطلب منا القيام بذلك.

الخيارات:	حدد خانة واحدة فقط. لا يمكننا اختيار خانة لك.
<input type="checkbox"/>	<b>الخيار ١. أريد الخطة D.</b> _____ المذكورة أعلاه. قد تطلب أن يتم الدفع لك الآن، ولكني أريد أيضاً أن يتم تحصيل رسوم من Medicare من أجل قرار رسمي بشأن الدفع، والذي يتم إرساله إلي في إشعار ملخص (MSN) Medicare. أدرك أنه إذا لم يدفع برنامج Medicare، فأنا مسؤول عن الدفع، ولكن يمكنني تقديم استئناف إلى Medicare بإتباع الإرشادات الموجودة على MSN. إذا قام برنامج Medicare بالدفع، فسوف أقوم برد أي مدفوعات تم دفعها لي، أقل من المدفوعات المشتركة أو الخصومات. (I want D., bill Medicare)
<input type="checkbox"/>	<b>الخيار ٢. أريد الخطة D.</b> _____ المذكورة أعلاه، لكن لا تقم بإرسال فاتورة إلى Medicare. يمكنك أن تطلب أن يتم الدفع الآن لأنني مسؤول عن الدفع. لا يمكنني الاستئناف إذا لم يتم دفع الفاتورة إلى Medicare. (I want D., do not bill Medicare)
<input type="checkbox"/>	<b>الخيار ٣. لا أريد الخطة D.</b> _____ المذكورة أعلاه. أتفهم مع هذا الاختيار أنني لست مسؤولاً عن الدفع، ولا يمكنني الاستئناف لمعرفة ما إذا كان برنامج Medicare سيدفع أم لا. (I don't want D.)

معلومات إضافية:

يعطي هذا الإشعار رأينا، وليس قراراً رسمياً من Medicare. إذا كانت لديك أسئلة أخرى حول هذا الإشعار أو فواتير Medicare، فاتصل على هاتف رقم ١-٨٠٠-٦٣٣-٤٢٢٧ (الاتصال بجهاز ١-٨٧٧-٤٨٦-٢٠٤٨ (TTY)).  
التوقيع أدناه يعني أنك قد تلقيت هذا الإشعار واستوعبته. أيضاً سنتلقى نسخة.

التوقيع: (Signature)	التاريخ: (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.

Form CMS-R-131 (Exp. 01/31/26)

Form Approved OMB No. 0938-0566

