



BlueCross BlueShield of Montana

Notificación anticipada para el asegurado Advance Member Notice (AMN)

Paciente:	N.º de asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Nombre del prestador de servicios médicos:	N.º de identificación nacional (NPI) del prestador de servicios médicos:	N.º telefónico del prestador de servicios médicos: N.º de fax del prestador de servicios médicos:
Prestador adicional de servicios médicos:	N.º de identificación nacional (NPI) del prestador de servicios médicos:	N.º telefónico del prestador de servicios médicos: N.º de fax del prestador de servicios médicos:
Prestador adicional de servicios médicos:	N.º de identificación nacional (NPI) del prestador de servicios médicos:	N.º telefónico del prestador de servicios médicos: N.º de fax del prestador de servicios médicos:

Es necesario que tome una decisión sobre los siguientes artículos o servicios médicos

El prestador de servicios médicos ha decidido proporcionar servicios que Blue Cross and Blue Shield of Montana (BCBSMT) podría considerar, acorde a su reglamento médico, que son médicamente innecesarios o catalogarlos como experimentales, en etapa de investigación o no comprobados. El hecho de que BCBSMT posiblemente no pague por estos servicios no significa que usted no pueda recibir dicho servicio. A fin de ayudarlo a tomar decisiones con conocimiento de causa en relación con la atención médica, si decide recibir estos servicios, firme esta autorización que indica que **usted ha hablado con el prestador de servicios médicos sobre estos servicios y las opciones de atención médica** y que está de acuerdo en recibir estos servicios que BCBSMT posiblemente considere que son médicamente innecesarios o que los catalogue como experimentales, en etapa de investigación o no comprobados y que no los pague. Con su firma, si recibe estos servicios, usted acepta ser financieramente responsable por cualquier cobro generado a raíz de estos servicios, tal y como se explica en este documento, si BCBSMT determina que estos son médicamente innecesarios o se catalogan como experimentales, en etapa de investigación o no comprobados.

AVISO: Esta Notificación anticipada para el asegurado (AMN, en inglés) no lo limita de ejercer su derecho de apelar una negativa de cobertura por servicios médicamente innecesarios o catalogados como experimentales, en etapa de investigación o no comprobados de acuerdo con los términos y las limitaciones de la póliza de seguro de gastos médicos vigente.

Código(s) de artículo(s)/servicio(s)/procedimiento(s):	
Fecha(s) anticipada(s) de servicio:	
¿Se han presentado autorizaciones o determinaciones previas?	
N.º de autorización o determinación previa:	
Motivo por posible negativa:	

Esta autorización tiene como fin ayudarlo a tomar decisiones con conocimiento de causa sobre la posibilidad de recibir estos artículos o servicios, sabiendo que usted podría ser enteramente responsable por los cobros a los que incurra.

Costo aproximado = \$ _____

Siguientes pasos:

- Lea esta notificación para que tome una decisión informada acerca de los servicios de atención médica.
- Comuníquese con BCBSMT para resolver cualquier pregunta que tenga después de leer la notificación.
- **Firme esta autorización y escriba la fecha.**

SÍ, deseo recibir estos artículos o servicios.

Entiendo que BCBSMT posiblemente no pague por los artículos o servicios. Solicito que se presente mi reclamación ante BCBSMT. En caso de que BCBSMT considere que el servicio sea médicamente innecesario o lo catalogue como experimental, en etapa de investigación o no comprobado y se niegue a pagarlo, acepto que seré enteramente responsable por liquidar los cobros que este genere. Entiendo que tengo derecho de apelar la decisión de BCBSMT.

Fecha

Firma del (de la) paciente o su representante autorizado

AVISO: BCBSMT mantendrá la confidencialidad de su información médica. Mantendremos la confidencialidad de cualquier información que recopilemos sobre usted en esta autorización. Si se presenta una reclamación sobre este servicio ante BCBSMT, se proporcionará esta autorización, tal como lo exige la póliza de BCBSMT. El pago de servicios incluidos está sujeto, de manera enunciativa mas no limitativa, a distintos factores, como elegibilidad al momento de recibir el servicio, pago de primas/contribuciones, cantidades permitidas para los servicios, documentación médica de apoyo y otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones descritos en el Contrato del asegurado o en el Resumen de la cobertura médica. Comuníquese con el prestador de servicios médicos para aclarar cualquier pregunta médica. Comuníquese con Servicio al Cliente al número en la tarjeta de asegurado para aclarar dudas sobre la cobertura o el trámite relacionado con las reclamaciones.