

# NOTICE OF EXCLUSIONS FROM MEDICARE BENEFITS (NEMB)

There are items and services for which Medicare **will not pay**.

Patient's name: \_\_\_\_\_

• Medicare does **not** pay for all of your health care costs. Medicare only pays for covered benefits.

**Some items and services are not Medicare benefits and Medicare will not pay for them.**

• When you receive an item or service that is **not** a Medicare benefit, **you are responsible to pay for it**, personally or through any other insurance that you may have. The purpose of this notice is to help you make an informed choice about whether or not you want to receive these items or services, knowing that you will have to pay for them yourself.

**Before you make a decision, you should read this entire notice carefully.**

1. Ask us to explain, if you don't understand why Medicare won't pay.
2. Ask us how much these items or services will cost you (**Estimated Cost: \$ \_\_\_\_\_**).

Medicare will not pay for: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ :

**1. Because it does not meet the definition of any Medicare benefit.**

## **2. Because of the following exclusion \* from Medicare benefits (Mark the Appropriate):**

- Services exceeding outpatient therapy cap
- Personal comfort items.
- Most shots (vaccinations).
- Hearing aids and hearing examinations.
- Services paid for by a governmental entity that is not Medicare.
- Dental care and dentures (in most cases).
- Most outpatient prescription drugs
- Health care received outside of the USA.
- Services for which the patient has no legal obligation to pay
- Home health services furnished under a plan of care, if the agency does not submit the claim.
- Items and services excluded under the Assisted Suicide Funding Restriction Act of 1997.
- Items or services furnished in a competitive acquisition area by any entity that does not have a contract with the Department of Health and Human Services (except in a case of urgent need).
- Physicians' services performed by a physician assistant, midwife, psychologist, or nurse anesthetist, when furnished to an inpatient, unless they are furnished under arrangements by the hospital.
- Items and services furnished to an individual who is a resident of a skilled nursing facility (a SNF) or of a part of a facility that includes a SNF, unless they are furnished under arrangements by the SNF.
- Services of an assistant at surgery without prior approval from the peer review organization.
- Outpatient occupational and physical therapy services furnished incident to a physician's services.
- Routine physicals and most tests for screening.
- Routine eye care, eyeglasses and examinations.
- Cosmetic surgery
- Services required as a result of war.
- Services under a physician's private contract
- Routine foot care and flat foot care.
- Services by immediate relatives
- Orthopedic shoes and foot supports (orthotics).

**\* This is only a general summary of exclusions from Medicare benefits. It is not a legal document. The official Medicare program provisions are contained in relevant laws, regulations, and rulings.**

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# NOTIFICACIÓN DE EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE (NEMB)

## Hay artículos y servicios que no serán pagados por Medicare

- Medicare **no** paga por todos los costos de salud. Medicare solo paga por los beneficios cubiertos. **Algunos artículos y servicios no son beneficios de Medicare y por lo tanto no pagará por ellos.**
- Cuando usted recibe un artículo o servicio que **no** es un beneficio de Medicare, **usted será responsable de ese pago**, ya sea personalmente o a través de otro seguro que pudiera tener.

El propósito de esta notificación es el de ayudarle a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos servicios o artículos, sabiendo que tendrá que pagar por ellos.

### Antes de tomar una decisión, debería leer esta notificación cuidadosamente:

1. Pídanos que le expliquemos si no entiende por qué Medicare no pagará.
2. Pregúntenos cuánto le costarán estos servicios o artículos (**Costo estimado: \$ \_\_\_\_\_**).

Medicare no pagará por: \_\_\_\_\_

**1. Porque no está definido como un beneficio de Medicare.**

### 2. Porque son parte de las exclusiones\* de los beneficios de Medicare:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de terapia que excedieron el CAP  | <input type="checkbox"/> Artículos para comodidad personal.                                 |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las vacunas   | <input type="checkbox"/> Exámenes físicos de rutina y de evaluación (“screening”).          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía estética  | <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista de rutina, anteojos y exámenes..               |
| <input type="checkbox"/> Aparatos de asistencia auditiva y exámenes.   | <input type="checkbox"/> Zapatos ortopédicos y plantillas (“orthotics”).                    |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las medicinas recetadas para pacientes ambulatorios.  | <input type="checkbox"/> Servicios prestados por parientes cercanos                         |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de los pies de rutina y tratamiento para pie plano.   | <input type="checkbox"/> Cuidado dental y dentaduras postizas (en la mayoría de los casos). |
| <input type="checkbox"/> Servicios que reciba bajo un contrato privado con su médico.  |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios pagados por una entidad gubernamental que no sea Medicare.  |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios recibidos como consecuencia de haber participado en una guerra.   |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud en el hogar como parte de un plan de cuidado de salud, si la agencia no presenta una reclamación.  |   |
| <input type="checkbox"/> Artículos o servicios brindados bajo un área de adquisición competitiva por cualquier entidad que no tenga un contrato el Departamento de Salud y Servicios Humanos (a menos que se necesiten con urgencia) |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios médicos brindados por un/a asistente de médico, partera, psicólogo o enfermera anestesista para paciente interno, a menos que la prestación de los mismos, haya sido acordada con el hospital.    |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de asistente de cirugía sin haber obtenido la aprobación previa de la Organización de Revisión de Normas Profesionales.   |   |
| <input type="checkbox"/> Terapia física y ocupacional para paciente ambulatorio brindadas como parte de la atención médica.  |   |

\* Este es sólo un resumen general de las exclusiones de los beneficios de Medicare.

**No es un documento legal. Las provisiones oficiales del programa Medicare, Están contempladas en las leyes, reglamentos y regulaciones correspondientes.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Patient's Signature Date