

Home Health Advance Beneficiary Notice (HHABN)

We, Serenity Home Health Care, Inc., your home health agency, are letting you know that we
_____ with the following items and/or services: _____

Because: _____

If you have questions about these changes, you can call us at (305) 642-7182.

TTY users should call 1 (877) 486-2048.

The estimated cost of the items and/or services listed above is \$ _____

If you have other insurance, please see number 3 below.

You have three options available to you. You must choose only one of these options by checking the box next to the option and then signing below:

- 1. I don't want the items and/or services listed above. I understand that I won't be billed and that I have no appeal rights since I will not receive those items and/or services.
- 2. I want the items and/or services listed above, and I agree to pay myself since I don't want a claim submitted to Medicare or any other insurance I have. I understand that I have no appeal rights since a claim won't be submitted to Medicare.
- 3. I want the items and/or services listed above, and I agree to pay for the items and/or services myself if Medicare or my other insurance doesn't pay. Send the claim to
(Please check one or both boxes):
 - Medicare
 - My other insurance: _____

Please note: If you select option 3 and a claim is submitted to Medicare, you will get a Medicare Summary Notice (MSN) showing Medicare's official payment decision. If the MSN indicates that Medicare won't pay all or part of your claim, you may appeal Medicare's decision by following the appeal procedures in the MSN. If you don't receive a MSN for your claim, you can call Medicare at: 1-800-633-4227. TTY: 1-877-486-2048. You may have to pay the full cost at the time you get the items and/or services. If Medicare or your other insurance decides to pay for all or part of the items and/or services that you have already paid for, you should receive a refund for the appropriate amount.

By signing below, I understand that I received this notice because this Home Health Agency believes Medicare will not pay for the items/services listed, and so I chose the option checked above.

Patient's Name	Patient Identification
Signature of the Patient or of the Authorized Representative	Date

Please read and sign this notice. Return it to us or mail it to our address listed above.

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 0938-0781. The time required to complete this information collection is estimated to average 18 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.

Home Health Advance Beneficiary Notice (HHABN)

We, Serenity Home Health Care, Inc., your home health agency, are letting you know that we
_____ with the following items and/or services: _____

Because: _____

If you have questions about these changes, you can call us at (305) 642-7182.

TTY users should call 1 (877) 486-2048.

By signing below, I understand that I received this notice because this Home Health Agency decided to stop providing the items and/or services listed above. The Agency's decision doesn't change my Medicare coverage or other health insurance coverage. I can't appeal to Medicare since this Home Health Agency won't provide me with any more items and/or services; however, I can try to get the items and/or services from another Home Health Agency.

Please note that there are many different ways to find another Home Health Agency, including contacting your doctor who originally ordered home care. You may then ask the new Home Health Agency to bill Medicare or your other insurance for items and/or services you receive from them.

SAMPLE
305.818.5940

Patient's Name	Patient Identification
Signature of the Patient or of the Authorized Representative	Date

Please read and sign this notice. Return it to us or mail it to our address listed above.

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 0938-0781. The time required to complete this information collection is estimated to average 4 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.

Home Health Advance Beneficiary Notice (HHABN)

We, Serenity Home Health Care, Inc., your home health agency, are letting you know that we
_____ with the following items and/or services: _____

Because: _____

If you have questions about these changes, you can call us at (305) 642-7182.

TTY users should call 1 (877) 486-2048.

By signing below, I understand that I received this notice because my doctor has changed my orders and so my home health plan of care is changing. This Home Health Agency has explained to me that they cannot provide home care without a doctor's order.

SAMPLE
305.818.5940

Patient's Name	Patient Identification
Signature of the Patient or of the Authorized Representative	Date

Please read and sign this notice. Return it to us or mail it to our address listed above.

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 0938-0781. The time required to complete this information collection is estimated to average 4 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.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

Nosotros, **Serenity Home Health Care, Inc.**, su agencia de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ con los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (305) 642-7182.

Los usuarios de TTY deben de llamar al 1 (877) 486-2048

El costo estimado de los artículos y/o servicios listados arriba es \$ _____ .

Si usted tiene otro seguro, favor de ver numero 3 abajo.

Tiene tres opciones disponibles. Usted debe escoger solamente una de estas opciones marcando el casillero que aparece al lado de cada opción y luego firmar abajo:

- 1. Yo no quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso. Yo entiendo que no se me cobrará dinero y que no tengo derechos para apelar ya que no recibiré estos artículos y/o servicios.
- 2. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagarlos de mi propio bolsillo ya que no quiero presentar una reclamación a Medicare o cualquier otro seguro que tenga. También entiendo que no tengo derechos para apelar ya que no se presentará una reclamación a Medicare.
- 3. Yo quiero los artículos y/o servicios listados arriba en este aviso, y estoy de acuerdo en pagar de mi propio bolsillo los artículos y/o servicios en caso de que Medicare u otro seguro que tenga no pague. Enviar la reclamación a

(Favor de marcar un casillero ó ambos):

- Medicare
- mi otro seguro: _____

Atención: Si selecciona la opción numero 3 y presenta una reclamación a Medicare, usted recibirá un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) indicando la decisión oficial de Medicare sobre el pago. Si el MSN menciona que Medicare no pagará todo o parte de su reclamación, usted puede apelar la decisión que tomó Medicare siguiendo el proceso correcto que aparece en el MSN. Si no recibe un MSN para su reclamación, entonces debe llamar a Medicare al: 1-800-633-4227/ Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.

Quizá tenga que pagar el costo completo en el momento que reciba los artículos y/o servicios.

Si Medicare u otro seguro que tenga decide pagar por todos o parte de los artículos y/o servicios que usted ya pagó, usted debe recibir un reembolso por la cantidad apropiada.

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar piensa que Medicare no pagará por los artículos y/o servicios descritos en esta carta, y por lo tanto, yo escojo la opción indicada arriba.

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

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 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 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, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

Nosotros, Serenity Home Health Care, Inc., su agencia de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ con los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____
Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (305) 642-7182.
Los usuarios de TTY deben de llamar al 1 (877) 486-2048

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar decidió parar de proveer los artículos y/o servicios descritos en esta carta. La decisión de esta Agencia no afecta o cambia mi cobertura de Medicare u otra cobertura de seguro de salud que tenga. Yo no puedo apelar a Medicare ya que esta Agencia de Servicios de Salud en el Hogar no me proveerá más los artículos y/o servicios; sin embargo, yo puedo obtener dichos artículos y/o servicios de otra Agencia de Servicios de Salud en el Hogar.

Entienda que hay muchas maneras para encontrar otra Agencia de Servicios de Salud en el Hogar, esto incluye, llamando a su doctor quien originalmente ordenó este cuidado en la casa. Usted luego puede preguntar a la nueva Agencia de Servicios de Salud en el Hogar que le cobre a Medicare o a su otro seguro por los artículos y/o servicios que recibe de ellos.

SAMPLE
305.818.5940

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

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 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 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, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso Anticipado al Beneficiario de los Servicios de Salud en el Hogar

Nosotros, **Serenity Home Health Care, Inc.**, su agencia de salud en el hogar, le queremos informar que nosotros _____ con los siguientes artículos y/o servicios: _____

Explicación: _____

Si tiene preguntas sobre estos cambios, favor de llamarnos al (305) 642-7182.

Los usuarios de TTY deben de llamar al 1 (877) 486-2048

Con su firma abajo, Yo entiendo que recibí este aviso porque mi médico cambió mis órdenes y por lo tanto, mi plan de servicio de salud en el hogar está cambiando. Esta Agencia de Servicios de Salud en Hogar me explicó que no me pueden proveer cuidado en el hogar sin órdenes médicas.

SAMPLE
305.818.5940

Nombre del paciente	Número del paciente
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

Favor de leer y firmar esta forma. Puede devolvernos la forma o enviarla por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

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 0938-0781. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 5 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, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.