



Medicare

Beneficiary Services: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY/ TDD: 1-877-486-2048

Gracias por su reciente solicitud para el formulario de Petición del Paciente para Pagos de Medicare (formulario de CMS No 1490S). Adjunto encontrará el formulario, las instrucciones para llenarlo, y la dirección donde debe enviar el formulario para su procesamiento. La dirección donde debe enviar el formulario para su procesamiento depende del lugar donde recibió el servicio. Por ejemplo: Si usted recibió el servicio en Ontario, tiene que enviar su reclamación a la dirección de Ontario proporcionada en la tabla de direcciones incluida en este paquete.

En la mayoría de los casos, Medicare no pagará por servicios médicos fuera de los Estados Unidos (EE.UU) y sus Territorios. El término “fuera de los Estados Unidos” significa cualquier otro lugar que no sean los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Medicare quizás pague por la hospitalización, el médico o los servicios de ambulancia que reciba en Canadá o México:

- Si la emergencia ocurrió dentro de los EE.UU. y el hospital extranjero que puede tratar su condición médica está más cerca que el hospital más cercano en los EE.UU.
- Si está viajando por Canadá, sin demora, por la ruta más directa entre Alaska y otro estado, cuando ocurre una emergencia de salud y el hospital de Canadá que puede tratar la emergencia está más cerca que el hospital más cercano de los EE.UU.
- Si usted vive en los EE.UU. y el hospital extranjero que puede tratar su condición está más cerca de su casa que el hospital más cercano de los EE.UU, independientemente de que sea o no una emergencia.

Por favor, envíe el formulario de reclamación, su factura detallada, y cualquier documentación adicional al contratista de Medicare apropiado y explique en detalle el motivo por el cual está enviando la reclamación. Por ejemplo, incluya una declaración dejándole saber al contratista de Medicare que está enviando la reclamación con el propósito de recibir una denegación para enviárselo a su seguro secundario, o porque recibió un servicio fuera de los Estados Unidos y / o su proveedor no puede someter una reclamación por un servicio cubierto por Medicare y / o no está inscrito en Medicare.

Cuando envíe su reclamación a Medicare, asegúrese de completar todo el formulario. Si la reclamación tiene información incompleta o inválida, el contratista de Medicare rechazará la reclamación o le enviará una carta explicándole claramente que información está incompleta o inválida.

Debe enviar el formulario original, su factura detallada, y cualquier documentación adicional a Medicare. Usted debe hacer copias de la reclamación que sometió para su expediente personal. Por favor espere por lo menos 60 días para que Medicare reciba y tramite su solicitud.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227).

Atentamente,

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Para asegurarse que envié sus reclamos a la dirección correcta use la siguiente tabla de direcciones.

Si usted recibió los servicios en:	Regrese su forma a:
---	----------------------------

Canada	
New Brunswick Newfoundland Nova Scotia Quebec Prince Edward Island	NHIC, Corp. 75 Sgt. William Terry Drive Hingham, MA 02044-9194
Ontario	<p>For Part A services use the address below.</p> <p>National Government Services, Inc. Part A Foreign Claims P.O. Box 7150 Indianapolis, IN 46207-7150</p> <p>For Part B services use the address below.</p> <p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 5555 Marion, IL 62959</p>
Alberta Manitoba Saskatchewan	<p>For Part A services use the address below.</p> <p>Noridian Administrative Services P.O. Box 6732 Fargo, ND 58108-6732</p> <p>For Part B services use the address below.</p> <p>Noridian Administrative Services P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735</p>
British Columbia Northwest Territories Vancouver Yukon Territories	<p>For Part A services use the address below.</p> <p>Noridian Administrative Services P.O. Box 6720 Fargo, ND 58108-6720</p>

	<p>For Part B services use the address below.</p> <p>Noridian Administrative Services P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735</p>
--	---

Mexico	
Western Mexico (Sonora and the Bajas)	J1 MAC Palmetto GBA P. O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Eastern Mexico (Chihuahua, Coahuila, Nuevo Leon, Tamaulipas, etc.)	Trailblazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660155 Dallas, Texas 75266-0155

PETICIÓN DEL PACIENTE PARA PAGOS DE MEDICARE
IMPORTANTE — VEA AL DORSO PARA INSTRUCCIONES

POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO DE LA LEY DE SEGURO SOCIAL

NOTA: Cualquiera que falseifique o provea información falsa en la información esencial requerida en este formulario está sujeto a una multa y prisión bajo la Ley Federal. No se pagará nada de los beneficios de Medicare Parte B a no ser que este formulario se reciba como requieren las regulaciones y leyes existentes (20 CFR 422.510).

1	Nombre del Beneficiario que Figura en la Tarjeta de Seguro De Salud (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)	ENVIE EL FORMULARIO COMPLETADO A Su Agencia de Seguro Medicare Si necesita ayuda, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
2	Número de Reclamación de la Tarjeta de Seguro de Salud _____ 	Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
3	Dirección Postal del Paciente (Ciudad, Estado, Zona Postal) Marque aquí si esta es una dirección nueva → <input type="checkbox"/> _____ (Calle o Apartado Postal — Incluya Número de Apartamento) _____ (Ciudad) (Estado) (Zona)	3b Número de Teléfono (Incluya el código de Área) (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ _
4	Describa la Enfermedad o Lesión por la que el Paciente Recibió Tratamiento _____ _____ _____	4b ¿Estaba la Condición Médica Relacionada con: A. El Empleo del Paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. Un Accidente? <input type="checkbox"/> De Automovil <input type="checkbox"/> Otro 4c ¿Recibía el paciente tratamiento de diálisis crónica del riñón, o le hicieron un trasplante del riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	a. ¿Está usted empleado y cubierto por un plan de seguro de salud para empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Está empleado su cónyuge y está usted cubierto por el plan de seguro de salud de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Si usted tiene otra protección médica aparte de Medicare, tales como seguro de salud privado, seguro relacionado con su empleo, Agencia del Estado (Medicaid), o la Administración de Veteranos (VA), llene lo siguiente: Nombre y Dirección de otra oficina de seguros, Agencia del Estado (Medicaid), o de la Administración de Veteranos _____ Nombre del Asegurado:	Póliza o Número de Asistencia Médica _____ _____ NOTA: Si usted no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea revelada, marque una (X) aquí → <input type="checkbox"/>
6	Yo autorizo al poseedor de cualquier información médica o de otra índole que se refiera a mí a revelar dicha información a la Administración de Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus Intermediarios o Agencias de Seguro si es necesario para esta reclamación u otra reclamación relacionada con el Medicare. Yo autorizo a que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original, y solicito pagos de seguro médico para mí. Firma del Paciente (Si no puede firmar, vea el encasillado 6 al dorso)	6b Fecha en que Firmó _____

¡IMPORTANTE!

ADJUNTE LOS RECIBOS DETALLADOS DE SU DOCTOR(ES) O PROVEEDOR(ES) AL FINAL DE ESTE FORMULARIO

COMO LLENAR EL FORMULARIO DE MEDICARE

Medicare le pagará directamente cuando complete este formulario y adjunte la cuenta detallada de su doctor o proveedor. Su cuenta no tiene que ser pagada antes de que someta esta reclamación para pagos, pero usted TIENE QUE adjuntar la cuenta detallada para que el Medicare tramite esta reclamación. Una vez que termine de llenar su forma de reclamación, envíela a la Agencia de Seguro responsable de procesar sus reclamaciones. Si no tiene la dirección, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

A. Cómo completar el formulario

- Encasillado 1. Escriba su nombre como aparece en su tarjeta de Medicare (Apellido, Nombre, Segundo Nombre).
- Encasillado 2. Escriba en letra de molde su Número de Reclamación del Seguro de Salud incluyendo la letra final exactamente como indica su tarjeta de Medicare.
Marque el encasillado apropiado que indica el sexo del paciente.
- Encasillado 3. Escriba su dirección postal y su número de teléfono en el Encasillado 3 y 3b.
- Encasillado 4. Describa la enfermedad o lesión por la que recibió tratamiento. Marque el cuadrado apropiado en el Encasillado 4b y 4c.
- Encasillado 5a. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja actualmente.
- Encasillado 5b. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja su cónyuge actualmente.
- Encasillado 5c. Llene este Encasillado si tiene otra protección médica aparte de Medicare. Asegúrese de dar el Número de Póliza o Número de Asistencia Médica. Usted puede marcar el encasillado señalado si no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea divulgada a su otro asegurador.
- Encasillado 6. Asegúrese de firma su nombre. Si no puede escribir su nombre, haga una cruz (X). En este su caso necesita también un testigo que firme y dé su dirección en el Encasillado 6.
Si usted está llenando este formulario por otro paciente de Medicare, debe escribir (Por) y firmar el nombre y dirección de usted en el Encasillado 6. Usted también debe indicar su relación con el paciente y explicar brevemente por qué el paciente no puede firmar.
- Encasillado 6b. Escriba en letra de molde la fecha en que completó este formulario.

B. Cada cuenta detallada TIENE QUE tener toda la información que sigue:

- Fecha de cada servicio
- Lugar de cada servicio
 - Oficina del Doctor
 - Asilo de Ancianos e Impedidos
 - Laboratorio Independiente
 - Hogar del Paciente
 - Hospital para Pacientes Externos
 - Hospital para Pacientes Internos
- Descripción de cada operación o servicio médico, o artículos médicos provistos.
- Costo por CADA servicio.
- Nombre y dirección del doctor o del proveedor. Muchas veces una cuenta incluirá el nombre de varios doctores o proveedores. ES MUY IMPORTANTE QUE QUIEN LE HAYA TRATADO A USTED SEA IDENTIFICADO. Simplemente haga un círculo alrededor de nombre de él o ella en la cuenta.
- Nos ayuda si el diagnóstico está indicado. Si no es así, asegúrese de completar el Encasillado 4 de este formulario.
- Indique cualquier servicio por el que usted ya haya radicado una reclamación de Medicare.
- Si el paciente ha fallecido, por favor comuníquese con su oficina de Seguro Social para informarse de cómo radicar una reclamación.
- Adjunte el aviso "Explicación de Beneficios de Medicare" del otro asegurador si usted solicita también pagos del Medicare.

COMPILACION Y USO DE LA INFORMACION DE MEDICARE

Nosotros estamos autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para pedirle la información que se necesita para la administración del programa de Medicare. La autoridad para reunir información está en la sección 205(a), 1872 y 1875 de la Ley de Seguro Social enmendada.

La información que obtengamos para completar su reclamación de Medicare se usa para identificarle a usted y determinar su elegibilidad. También se usa para decidir si los servicios y artículos médicos que recibió están cubiertos por Medicare y asegurar que se efectúe el pago debido.

También se puede dar la información a otros proveedores de servicios, Agencias de Seguro Medicare intermediarios, juntas de revisión médicas y otras organizaciones como es necesario para administrar el programa de Medicare. Por ejemplo, puede que se necesite revelar información a un hospital o doctor sobre los beneficios que usted ha usado.

Con una excepción, la cual se explica abajo, no hay penalidades bajo la Ley de Seguro Social por rehusar proveer información. Sin embargo, faltar en suplir información en referencia a los servicios médicos prestados o a la cantidad pagada puede prevenir el pago de la reclamación. Faltar en proveer cualquier otra información, tal como nombre o número de reclamación, puede atrasar el pago de la reclamación.

Es obligatorio que usted nos diga si ha recibido tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo para que podamos determinar si la compensación del trabajador. La Sección 1877(a)(3) de la Ley de Seguro Social dicta pena criminal por retener esta información.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-0008. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

NO ENVIE FORMULARIOS DE RECLAMACIONES A ESTA DIRECCIÓN