



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 vive en Alabama, tiene que enviar su reclamación a la dirección de Alabama proporcionada en la tabla de direcciones incluida en este paquete.

En la mayoría de los casos, Medicare no pagará por los servicios médicos que usted reciba 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 un hospital extranjero (un hospital fuera de EE.UU) en las siguientes situaciones:

- Si la emergencia ocurrió dentro de los EE.UU. y el hospital extranjero que pueda 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 tiene la emergencia y el hospital de Canadá que pueda tratar su condición médica está más cerca que el hospital más cercano de los EE.UU.
- Si usted vive en los EE.UU. y el hospital extranjero está más cerca de su casa que el hospital más cercano de los EE.UU. que puede tratar su condición, 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 que 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.

Usted debe enviar el formulario original, su factura detallada, y cualquier documentación adicional al contratista de Medicare. Debe hacer copias de 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 vive en:	Regrese su forma a:
Alabama	Alabama Medicare Part B Claims P.O. Box 830140 Birmingham, AL 35283-0140
Alaska	Noridian Administrative Services P.O. Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
American Samoa	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Arkansas	Pinnacle Medicare Services P.O. Box 1418 Little Rock, AR 72203-1418
Arizona	Noridian Administrative Services P.O. Box 6704 Fargo, ND 58108-6704
California	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Colorado	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
Connecticut	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
Delaware	Novitas Solutions P.O. Box 890397 Camp Hill, PA 17089-0397
District of Columbia (Washington DC)	Novitas Solutions P.O. Box 890396 Camp Hill, PA 17089-0396
Florida	First Coast Service Options P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-0019
Georgia	Georgia Medicare Part B Claims P.O. Box 12847 Birmingham, AL 35202
Guam	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Hawaii	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Idaho	Noridian Administrative Services P.O. Box 6701 Fargo, ND 58108-6701

Illinois	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 1030 Marion, IL 62959-1030
Indiana	National Government Services, Inc. P.O. Box 6160 Indianapolis, IN 46206-6160
Iowa	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8550 Madison, WI 53708-8550
Kansas	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 7238 Madison, WI 53707-7238
Kentucky	CIGNA Government Services P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202
Louisiana	Pinnacle Medicare Services P.O. Box 8082 Little Rock, AR 72203-8082
Maine	NHIC, Corp. P.O. Box 2323 Hingham, MA 02044-2323
Maryland	Novitas Solutions P.O. Box 890398 Camp Hill, PA 17089-0398
Massachusetts	NHIC, Corp. P.O. Box 1212 Hingham, MA 02044-1212
Michigan	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 5555 Marion, IL 62959-5555
Minnesota	Wisconsin Physicians Service 8120 Penn Avenue South, Suite 200 Bloomington, MN 55431
Mississippi	Mississippi Medicare Part B Claims P.O. Box 547 Birmingham, AL 35201
Missouri	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 14260 Madison, WI 53708-0260
Montana	Noridian Administrative Services P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735
Nebraska	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8667 Madison, WI 53708-8667
Nevada	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
New Hampshire	NHIC, Corp. P.O. Box 1717 Hingham, MA 02044-1717

New Jersey	Novitas Solutions P.O. Box 890030 Camp Hill, PA 17089-0030
New Mexico	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
New York	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
North Carolina	Palmetto GBA - J11 MAC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
North Dakota	Noridian Administrative Services P.O. Box 6706 Fargo, ND 58108-6706
Northern Mariana Islands	Palmetto GBA - J1 MAC P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Ohio	CIGNA Government Services P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202
Oklahoma	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
Oregon	Noridian Administrative Services P.O. Box 6702 Fargo, ND 58108-6702
Pennsylvania	Novitas Solutions P.O. Box 890418 Camp Hill, PA 17089-0418
Puerto Rico	First Coast Service Options P.O. Box 45036 Jacksonville, FL 32232 -5036
Rhode Island	NHIC, Corp. P.O. Box 9203 Hingham, MA 02044-9203
South Carolina	Palmetto GBA - J11 MAC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
South Dakota	Noridian Administrative Services P.O. Box 6707 Fargo, ND 58108-6707
Tennessee	Cahaba GBA P.O. Box 12086 Birmingham, AL 35202-2086
Texas	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031

Utah	Noridian Administrative Services P.O. Box 6725 Fargo, ND 58108-6725
Vermont	NHIC, Corp. P.O. Box 7777 Hingham, MA 02044-7777
Virginia (Arlington and Fairfax Counties including city of Alexandria)	Novitas Solutions P.O. Box 890396 Camp Hill, PA 17089-0396
Virginia (The rest of the state.)	Palmetto GBA - J11 MAC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
Virgin Islands	First Coast Service Options P.O. Box 45098 Jacksonville, FL 32232 -5098
Washington	Noridian Administrative Services P.O. Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
West Virginia	Palmetto GBA - J11 MAC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
Wisconsin	Wisconsin Physicians Service 1717 W. Broadway P.O. Box 1787 Madison, WI 53701-1787
Wyoming	Noridian Administrative Services P.O. Box 6708 Fargo, ND 58108-6708

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	<p style="text-align:center;">Nombre del Beneficiario que Figura en la Tarjeta de Seguro De Salud (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)</p>	<p>ENVIE EL FORMULARIO COMPLETADO A Su Agencia de Seguro Medicare Si necesita ayuda, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p>
---	--	---

2	<p>Número de Reclamación de la Tarjeta de Seguro de Salud</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 95%; margin: 5px 0;"></div>	<p>Sexo del Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p>
---	---	---

3	<p>Dirección Postal del Paciente (Ciudad, Estado, Zona Postal)</p> <p>Marque aquí si esta es una dirección nueva → <input type="checkbox"/></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align:center;">(Calle o Apartado Postal — Incluya Número de Apartamento)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="display: flex; justify-content: space-between;">(Ciudad) (Estado) (Zona)</p>	<p style="text-align:center;">Número de Teléfono (Incluya el código de Área)</p> <p style="text-align:center;">(_ _ _)</p> <p style="text-align:center;">_ _ _ - _ _ _ _</p>
---	---	--

4	<p>Describa la Enfermedad o Lesión por la que el Paciente Recibió Tratamiento</p>	<p>¿Estaba la Condición Médica Relacionada con:</p> <p>A. El Empleo del Paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Un Accidente? <input type="checkbox"/> De Automovil <input type="checkbox"/> Otro</p>
		<p>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</p>

5	<p>a. ¿Está usted empleado y cubierto por un plan de seguro de salud para empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>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</p> <p>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</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Póliza o Número de Asistencia Médica</p> </div>
	<p>Nombre del Asegurado:</p>	
	<p>NOTA: Si usted no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea revelada, marque una (X) aquí → <input type="checkbox"/></p>	

Yo autorizo al poseedor de cualquier información médica o de otra indole 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.

6	<p>Firma del Paciente (Si no puede firmar, vea el encasillado 6 al dorso)</p>	<p>6b Fecha en que Firmó</p>
---	---	------------------------------

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