



Medicare

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

Gracias por su reciente pedido del formulario Petición del Paciente Para Pagos de Medicare (CMS 1490S). Adjunto le enviamos el formulario con instrucciones para completarlo y donde regresar el formulario para procesarlo.

Por favor envíe la forma de reclamaciones, su factura detallada, y cualquier documento relacionado a su contratista de Medicare y explique en detalle la razón por presentar su reclamo. Usted deberá enviar el formulario original y hacer copias para sus archivos. Por favor permita por lo menos 60 días para que Medicare reciba y procese su pedido.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sinceramente,

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid



Medicare

Beneficiary Services: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

CÓMO COMPLETAR SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 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 Medicare tramite esta reclamación.

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE:

- **ENCASILLADO 1:** Escriba en letra de molde su nombre como aparece en su tarjeta de Medicare (Apellido, Nombre, Segundo Nombre).
- **ENCASILLADO 2:** Escriba en letra de imprenta/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 completa.
- **ENCASILLADO 3b:** Escriba su número de teléfono incluyendo el código de área.
- **ENCASILLADO 4:** Describa la enfermedad o lesión por la que recibió tratamiento.
- **ENCASILLADOS 4b y 4c:** Marque los cuadritos apropiados.

- ENCASILLADO 5, a: Llene este encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja actualmente.
- ENCASILLADO 5, b: 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 5, c: Llene este encasillado si tiene otra protección médica aparte de Medicare. Asegúrese de dar el Número de Póliza o Número de Asistencia Médica.

Por favor marque el cuadrado indicado si no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea revelada a su otro asegurador.

- ENCASILLADO 6: Asegúrese de firmar su nombre. Si no puede escribir su nombre, haga una cruz (X). En este caso necesita también un testigo que firme 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 imprenta/molde la fecha en que completó este formulario.

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

Si usted vive en:	Regrese su forma a:
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont	NHIC, Corp PO Box 9180 Hingham, MA 02043-9180
Illinois, Indiana, Kentucky, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin	National Government Services P.O. Box 7027 Indianapolis, IN 46207-7027
Alabama, Arkansas, Colorado, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, Puerto Rico, South Carolina, Tennessee, Texas, U.S. Virgin Islands, Virginia, West Virginia	CIGNA Government Services PO Box 20010 Nashville, TN 37202-0010
Alaska, American Samoa, Arizona, California, Guam, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, North Dakota, Northern Mariana Islands, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wyoming	Noridian Administrative Services PO Box 6727 Fargo, ND 58108-6727

INFORMACIÓN QUE DEBE INCLUIR LA CUENTA DETALLADA:

- Fecha de cada servicio o artículo recibido
- Descripción de cada servicio o artículo médico provisto
- Cantidad cobrada por cada servicio recibido
- El nombre y dirección de la compañía que proporcionó los servicios. El número de proveedor de Medicare de la compañía *debe* estar incluido (la compañía puede darle esta información).
- Indique cualquier servicio o artículos en la cuenta detallada que no correspondan.
- Si envía la receta de un artículo o servicio médico, asegúrese de que el código diagnóstico aparezca en la receta. Su doctor tendrá esta información.
- Si está presentando esta reclamación de parte de un paciente que ha fallecido, por favor comuníquese con su oficina de Seguro Social para saber qué información debe enviar a Medicare para tramitar la reclamación.
- Si está cubierto por otro seguro que paga antes que Medicare, adjunte el aviso de “Explicación de Beneficios” de esa compañía de seguros si usted también está solicitando pago de Medicare.

**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 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Póliza o Número de Asistencia Médica </div> Nombre del Asegurado: _____ NOTA: Si usted no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea revelada, marque una (X) aquí → <input type="checkbox"/>	
6	Firma del Paciente (Si no puede firmar, vea el encasillado 6 al dorso)	6b Fecha en que Firmó

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