



## 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.

En la mayoría de los casos, Medicare no pagara por servicios médicos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, el término “ fuera de los Estados Unidos” significa en cualquier otra parte de los 50 estados de E.U., el distrito de Columbia, Puerto Rico, the U.S Virgin Islands, Guam, American Samoa, y las Islas Norte de Mariana.

Medicare sólo pagara por cuidados médicos en un hospital extranjero (un hospital fuera de los E.U.A) si:

- Está en los Estados Unidos cuando una emergencia médica ocurra, y el hospital forajido se encuentra más cerca que un hospital estadounidense para tratar su enfermedad o herida;
- Está viajando, sin demora por la ruta más directa entre Alaska y otro estado, cuando una emergencia médica ocurra y el hospital más cercano para tratar esta emergencia es en Canadá;
- Usted vive en los Estados Unidos y el hospital forajido es más cercano a su casa que el hospital estadounidense, para tratar su condición médica sin importar que sean una emergencia.

Por favor envíe el reclamo después de haber completado un formulario , su factura detallada, y cualquier documento relacionado a su contratista de Medicare y explique en detalle la razón por presentar su reclamo. Usted tendrá que 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 envié sus reclamos a la dirección correcta use la siguiente tabla de direcciones.**

<b>Si usted vive en:</b>	<b>Regrese su forma a:</b>
Alabama	Alabama Medicare Part B Claims PO Box 830140 Birmingham, AL 35283-0140
Alaska	Medicare Part B PO Box 6703 Fargo, ND 58108-6703
American Samoa	Medicare Part B PO Box 6701 Fargo, ND 58108-6701
Arkansas	Pinnacle Medicare Services Attn: Claims P.O. Box 1418 Little Rock, AR 72203-8102
Arizona	Medicare Part B PO Box 6704 Fargo, ND 58108-6704
Northern California	NHIC Medicare Claims P.O. Box 2804 Chico, CA 95927-2804
Southern California	NHIC Medicare Claims P.O. Box 272852 Chico, CA 95927-2852
Colorado	TrailBlazer Health Enterprises, LLC Part B Claims P.O. Box 650705 Dallas, TX 75265-0705
Connecticut	Medicare Part B CT Claims P.O. Box 44234 Jacksonville, FL 32231-4234
Delaware	TrailBlazer Health Enterprises, LLC PO Box 650094 Dallas, TX 75265-0094
District of Columbia (Washington DC)	TrailBlazer Health Enterprises, LLC PO Box 650092 Dallas, TX 75265-0092
Florida	First Coast Service Options P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-0019
Georgia	Georgia Medicare Part B Claims PO Box 12847 Birmingham, AL 35202
Guam	Medicare Part B PO Box 6701 Fargo, ND 58108-6701
Hawaii	Medicare Part B PO Box 6701

	Fargo, ND 58108-6701
Idaho	CIGNA Government Services PO Box 22599 Nashville, TN 37202-2599
Illinois	Medicare Part B PO Box 1030 Marion, IL 62959
Indiana	National Government Services P.O. Box 6160 Indianapolis, IN 46206-6160
Iowa	WPS Medicare Part B Claims Department P.O. Box 8550 Madison, WI 53708-8550
Kansas	WPS Medicare Part B Claims Department P.O. Box 7238 Madison, WI 53707
Kentucky	National Government Services P.O. Box 7154 Indianapolis, IN 46207-7154
Louisiana	LA Claims PO Box 8082 Little Rock, AR 72203
Maine	NHIC Medicare Claims P.O. Box 2323 Hingham, MA 02044
Maryland	TrailBlazer Health Enterprises, LLC PO Box 660595 Dallas, TX 75266-0595
Massachusetts	NHIC Medicare Claims P.O. Box 1212 Hingham, MA 02044
Michigan	Medicare Part B PO Box 5555 Marion, IL 62959
Minnesota	Wisconsin Physician Services 8120 Penn Avenue S., Suite 200 Bloomington, MN 55431
Mississippi	Mississippi Medicare Part B Claims PO Box 547 Birmingham, AL 35201
Western Missouri	WPS Medicare Part B Claims Department P.O. Box 7128 Madison, WI 53707
Eastern Missouri	Pinnacle Medicare Services P.O. Box 8170 Little Rock, AR 72203
Montana	Medicare Part B PO Box 6735

	Fargo, ND 58108-6735
Nebraska	WPS Medicare Part B Claims Department P.O. Box 8667 Madison, WI 53708
Nevada	Noridian Administrative Services PO Box 6705 Fargo, ND 58108-6705
New Hampshire	NHIC Medicare Claims P.O. Box 1717 Hingham, MA 02044
New Jersey	National Government Services, Inc. PO Box 69201 Harrisburg, PA 17106-9201
New Mexico	Part B Claims/ADS - New Mexico TrailBlazer Health Enterprises, LLC Part B Claims P. O. Box 650699 Dallas, TX 75265-0699
New York - Counties include: Bronx, Manhattan, Staten Island, Brooklyn, Nassau, Suffolk, Columbia, Orange, Sullivan, Delaware, Putnam, Ulster, Dutchess, Rockland, Westchester, Greene Counties	National Government Services, Inc. P.O. Box 4751 Syracuse, NY 13221-4751
New York - Queens County Only	GHI P.O. Box 2870 New York, NY 10116
New York - Upstate	HealthNow NY P.O. Box 5200 Binghamton, NY 13902-5200
North Carolina	CIGNA Government Services PO Box 671 Nashville, TN 37202-0671
North Dakota	Medicare Part B PO Box 6706 Fargo, ND 58108-6706
Northern Mariana Islands	Medicare Part B PO Box 6701 Fargo, ND 58108-6701
Ohio	Palmetto GBA PO Box 182932 Columbus, OH 43218-2932
Oklahoma	Part B Claims/ADS – Oklahoma TrailBlazer Health Enterprises, LLC Part B Claims P. O. Box 650706 Dallas, TX 75265-0706
Oregon	Medicare Part B PO Box 6702 Fargo, ND 58108-6702

Pennsylvania	Highmark Medicare Services PO Box 890418 Camp Hill, PA 17089-0418
Puerto Rico	Triple S, Inc./Medicare PO Box 71391 San Juan, PR 00936 -1391
Rhode Island	Claims Department Pinnacle Medicare Services P.O. Box 8102 Little Rock, AR 72203-8102
South Carolina	Palmetto GBA PO Box 100190 Columbia, SC 29202
South Dakota	Medicare Part B PO Box 6707 Fargo, ND 58108-6707
Tennessee	CIGNA Government Services PO Box 1465 Nashville, TN 37202-1465
Texas	TrailBlazer Health Enterprises, LLC Medicare Part B Claims PO Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
Utah	Medicare Part B PO Box 6725 Fargo, ND 58108-6725
Vermont	NHIC Medicare Claims P.O. Box 7777 Hingham, MA 02044
Virginia	TrailBlazer Health Enterprises, LLC PO Box 650208 Dallas, TX 75265-0208
Virgin Islands	Triple S, Inc./Medicare PO Box 71391 San Juan, PR 00936 -1391
Washington	Medicare Part B PO Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
West Virginia	Palmetto GBA PO Box 182932 Columbus, OH 43218-2932
Wisconsin	Medicare Part B Claims Processing PO Box 1787 Madison, WI 53701-1787
Wyoming	Medicare Part B PO Box 6708 Fargo, ND 58108-6708

## 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).

<b>1</b>	Nombre del Beneficiario que Figura en la Tarjeta de Seguro De Salud (Apellido)                      (Nombre)                      (Segundo Nombre)	<b>ENVIE EL FORMULARIO COMPLETADO A</b>  Su Agencia de Seguro Medicare Si necesita ayuda, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
<b>2</b>	Número de Reclamación de la Tarjeta de Seguro de Salud _____	Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>3</b>	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)	<b>3b</b> Número de Teléfono (Incluya el código de Área)  (    _    _    _ )  _    _    _    _    _    _
<b>4</b>	Describa la Enfermedad o Lesión por la que el Paciente Recibió Tratamiento	<b>4b</b> ¿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
<b>4c</b> ¿Recibía el paciente tratamiento de diálisis crónica del riñón, o le hicieron un trasplante del riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>5</b>	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	
		Póliza o Número de Asistencia Médica _____
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"/>		
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.		
<b>6</b>	Firma del Paciente (Si no puede firmar, vea el encasillado 6 al dorso)	<b>6b</b> 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