



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. Medicare sólo pagará por los servicios a bordo de una embarcación si es necesario por razones médicas si los servicios fueron brindados mientras la embarcación estaba dentro de las aguas estadounidense (EE.UU.) (por ejemplo, en un puerto de EE.UU., a 6 horas de partida o llegada de un puerto de los EE.UU.).

Si recibió servicios médicos a bordo de una embarcación y la oficina del médico se encuentra en los EE.UU., el médico enviará la reclamación a Medicare. Comuníquese con el médico para enviar la reclamación.

Si el consultorio del médico no está en los Estados Unidos, tendrá que enviarle el formulario CMS-1490S a Medicare. El lugar a donde debe enviar el formulario dependerá de que puerto llegue o salga la embarcación.

- Si la oficina del médico no está en los Estados Unidos y el viaje se inició en los Estados Unidos, el contratista de Medicare del puerto de partida tramitará su reclamación. Por ejemplo, si el viaje comenzó en Nueva York y terminó en España, el contratista de Medicare de Nueva York tramitará la reclamación.
- Si la oficina del médico no está en los EE.UU y el viaje se inició en otro país y terminó en los Estados Unidos, el contratista de Medicare del puerto de llegada tramitará la reclamación. Por ejemplo si el viaje comenzó en España y terminó en Nueva York, el contratista de Medicare de Nueva York tramitará la reclamación.
- Si la oficina del médico no está en los EE.UU y el viaje se inició en otro país y terminó en otro país, el contratista de Medicare del estado en el que usted reside tramitará la reclamación.

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 mientras estuvo en a bordo de la embarcación 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 al contratista de Medicare. 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 el Puerto de salida/entrada es en, o el estado donde usted vive es: | Regrese su forma a: |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Alabama | Alabama Medicare Part B Claims P.O. Box 830140 Birmingham, AL 35283-0140 |
| Alaska | Medicare Part B P.O. Box 6703 Fargo, ND 58108-6703 |
| 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 | Highmark Medicare Services P.O. Box 890397 Camp Hill, PA 17089-0397 |
| District of Columbia (Washington DC) | Highmark Medicare Services P.O. Box 890396 Camp Hill, PA 17089-0396 |
| Florida | First Coast Service Options P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-2525 |
| 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 | CIGNA Government Services P.O. Box 22599 Nashville, TN 37202-2599 |

| | |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 1 Cameron Hill Circle Suite 0061 Chattanooga, TN 37402-0061 |
| 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 | Highmark Medicare Services 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 | Highmark Medicare Services 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 1 Cameron Hill Cir Suite 0060 Chattanooga, TN 37402-0060 |
| 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 | Highmark Medicare Services 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) | Highmark Medicare Services 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 P.O. Box 1787 Madison, WI 53701-1787 |
| Wyoming | Noridian Administrative Services P.O. Box 6708 Fargo, ND 58108-6708 |

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