

---

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA PAGO MÉDICO

---

**IMPORTANTE: LEA LAS INSTRUCCIONES ADJUNTAS ANTES DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN A MEDICARE. ENVÍE SOLAMENTE EL FORMULARIO COMPLETADO A SU CONTRATISTA ADMINISTRATIVO DE MEDICARE – Incluya una copia de la factura detallada y cualquier documento comprobante. Haga una copia de la presentación del reclamo para su constancia y espere un mínimo de 60 días para que Medicare reciba y procese la solicitud.**

**Consulte la Tabla de Direcciones de Contratistas Administrativas de Medicare para encontrar la dirección indicada a la cual debería enviar el formulario de reclamación.**

Medicare no procesará una solicitud de beneficiario para pagos de tiras reactivas para diabéticos, medicamentos de la Parte B o artículos pagados bajo el programa de Licitación Competitiva DMEPOS.

**Sus motivos por presentar esta reclamación: (vea las Instrucciones para más información, marque solamente una casilla)**

El proveedor o suministrador se negó a presentar una reclamación por Servicios Cubiertos de Medicare.

El proveedor o suministrador no puede presentar una reclamación por los Servicios Cubiertos de Medicare.

El proveedor o suministrador no está inscrito con Medicare.

**SI USTED NECESITA AYUDA, LLAME AL 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 1-877-486-2048.**

---

**Tipo de Solicitud del Paciente (vea las instrucciones para más información, marque solamente una casilla):**

Vacuna contra influenza/neumococo, Parte B (incluye médico, laboratorio, servicios de imagenología), Viaje al Exterior (incluyendo Canadá y México) y/o Servicios a Bordo de Buque  
Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortótesis y Suministros

---

**ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE**

---

### SECCIÓN 1 - DATOS DEL PACIENTE

---

Nombre del Paciente como aparece en la Tarjeta de Medicare (*Apellidos, Nombre, Segundo Nombre*)

Número de Medicare del Paciente tal como aparece en la Tarjeta de Medicare:	Fecha de Nacimiento ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Masculino	Femenino
---	---	-----------	----------

Dirección postal (o P.O. Box - incluya el número de apartamento)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono

---

---

## SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS

---

PARA TODA RECLAMACIÓN, incluyendo Vacunas contra la Influenza y Neumococo, describa la enfermedad o lesión por la cual recibió el tratamiento.

---

---

---

Adjunte al formulario todos los comprobantes, incluyendo una factura detallada con los siguientes datos:

- Fecha de servicio
- Lugar de servicio
- Descripción de enfermedad o lesión
- Descripción de cada servicio o suministro quirúrgico o médico proporcionado
- Costo de cada servicio
- Nombre y dirección del médico o suministrador
- Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) para el proveedor o suministrador, de conocerlo

**IMPORTANTE:** Si la factura detallada proviene de:

- Un laboratorio clínico para exámenes ordenados
- Un centro independiente de imagenología diagnóstica para procedimientos de imagenología ordenados
- Un suministrador de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés) para DMEPOS ordenados

El nombre legal de todo proveedor que ordena & deriva **DEBERÁ** incluirse en la factura detallada.

Incluya también el Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) de los proveedores que ordenan y derivan, de conocerlo.

---

**La afección se relacionaba con:**

- Sí No Empleo  
Sí No Accidente de Tránsito  
Sí No Tratamiento para diálisis crónico o trasplante de riñón  
Sí No Otro accidente
- 

## SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS MÉDICOS APARTE DE MEDICARE

---

Complete esta sección si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro médico a través de su empleo actual o de su cónyuge y está cubierto por alguna cobertura médica que no sea Medicare.

---

Sí No ¿Usted trabaja y cuenta con cobertura bajo un plan de salud del empleador?

---

Sí No ¿Su cónyuge trabaja y usted cuenta con cobertura bajo el plan de salud para empleados de su cónyuge?

---

Sí No ¿Usted cuenta con cobertura médica distinta a Medicare? Por ejemplo, un seguro privado, MEDIGAP, seguro por el trabajo, Medicaid o la Administración de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).

---

Nombre del otro Seguro Médico

---

Número de Póliza, incluyendo el Número de Identificación de Medicaid

---

Nombre del Asegurado (*Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre*)

---

Dirección Postal (o P.O. Box) del otro Seguro Médico

---

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

---

Adjunte una copia de la Explicación de Beneficios si Medicare es secundario.

---

---

## SECCIÓN 4 - FIRMA

---

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en toda declaración o formulario adjunto, y que es verdad y precisa a mi leal saber y entender. Toda persona que tergiversa o falsifica la información esencial que se solicita en este formulario podrá ser expuesta a multas y encarcelamiento tras ser condenada, de acuerdo con las leyes Federales.

Autorizo a cualquier titular de información sobre mí, ya sea médica o de otro tipo, a divulgar esa información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o su contratista designado o a la Administración del Seguro Social para esta reclamación a Medicare. Permiso el uso de una copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de los beneficios del seguro médico.

Firma del Paciente

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si usted no puede firmar su nombre, marque una (X) en el renglón de la firma. Un testigo debe firmar su nombre al lado de la "X" y completar la sección a continuación.

Si firma este formulario en nombre de un paciente de Medicare, indique el nombre del paciente en el renglón de 'Firma del Paciente' arriba, seguido por "Por" y la firma de usted. Proporcione su nombre, dirección y relación/parentesco con el paciente junto con una explicación breve de por qué el paciente no puede firmar.

Nombre del Testigo (*Apellidos, Primer Nombre, Segundo Nombre*)

Dirección Postal

Ciudad

Estado

Código postal

Relación/Parentesco con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha (mm/dd/aaaa)

Explique en breve por qué el Paciente no puede firmar:

---

---

---

Envíe el formulario completado y la documentación comprobante a su contratista de Medicare. Consulte la Tabla de Direcciones de Contratistas Administrativas de Medicare para encontrar la dirección correcta a la cual deberá enviar el formulario de reclamación. Si usted aún no conoce la dirección de su contratista de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley para la reducción de trámites de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1197. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene alguna pregunta sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850. **NO ENVÍE SOLICITUDES A ESTA DIRECCIÓN. AI enviar la solicitud a esta dirección, el procesamiento de la solicitud se atrasará de manera significativa.**

## RECOPIACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN DE MEDICARE

Contamos con autorización de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para solicitarle la información necesaria en la administración del programa de Medicare. La autorización para recopilar información se encuentra estipulada en la sección 205(a), 1872 y 1875 de la Ley del Seguro Social, y sus enmiendas.

La información que obtenemos a fin de completar su reclamación para Medicare se utiliza para identificarle y determinar su elegibilidad. También se utiliza para decidir si los servicios y suministros que recibió están cubiertos por Medicare y para garantizar que se realice el pago correspondiente.

La información también se podría compartir con otros prestadores de servicios, contratistas administrativos de Medicare (MAC), juntas de revisión médica y otras organizaciones según se considere necesario para administrar el programa de Medicare. Por ejemplo, podría ser necesario divulgar información a un hospital o médico en cuanto a los beneficios de Medicare que ha utilizado.

Salvo por una excepción, que se detalla a continuación, no existen sanciones en virtud de la ley del Seguro Social por rehusarse a suministrar información. Sin embargo, en caso de no brindar información sobre los servicios médicos prestados o el importe cobrado podría constituir un impedimento para el pago de la reclamación. De no brindar otro tipo de información, como el nombre o el número de Medicare, podría retrasar el pago de la reclamación.

Usted tiene la obligación de informarnos si está recibiendo tratamiento por una lesión relacionada con su trabajo a fin de que podamos determinar si el organismo a cargo de las indemnizaciones por accidentes laborales pagará el tratamiento. La sección 1877(a)(3) de la Ley del Seguro Social estipula sanciones penales por no divulgar esta información. Si está recibiendo tratamiento por una lesión relacionada con su trabajo, asegúrese de marcar la casilla correspondiente en la Sección 2 titulada "Condición relacionada con".

La ley exige que los médicos y otros suplidores, como laboratorios de análisis clínicos, suplidores de servicios de diagnóstico por imágenes y suplidores de equipos médicos duraderos, presenten una reclamación por los servicios cubiertos por Medicare que se le han brindado a usted, el beneficiario de Medicare, dentro del plazo de un año de la prestación del servicio.

Con el objetivo de reducir sus gastos de bolsillo, los beneficiarios de Medicare siempre deberían obtener atención médica de parte de médicos y otros suplidores inscritos en el programa de Medicare. Si presenta una reclamación por servicios cubiertos provistos por un médico u otro suplidor que no está inscrito en el programa de Medicare, es posible que su reclamación resulte denegada.

Para obtener una lista de los médicos inscritos que participan en el programa de Medicare en su zona, visite [www.medicare.gov/physiciancompare](http://www.medicare.gov/physiciancompare) o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si un médico o suplidor le brindan servicios cubiertos por Medicare y se niega a presentar una reclamación en su nombre por tales servicios, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para presentar una queja ante el contratista de Medicare. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cuando presente su propia reclamación ante Medicare, debe completar todo el formulario. Si el formulario tiene información incompleta o inválida, el contratista de Medicare se lo devolverá junto con una carta que explique qué información faltaba o era inválida.

Si el paciente falleció, contacte a su oficina del Seguro Social para obtener instrucciones sobre cómo presentar una reclamación.

**AVISO:** Toda persona que tergiverse o falsifique información esencial solicitada en este formulario podría, en caso de ser declarada culpable, enfrentar multas y pena de prisión en virtud de la ley federal. No se podrá pagar ninguno de los beneficios conforme a la Parte B de Medicare, a menos que se reciba este formulario según lo requerido por la ley y las normas existentes (20 CFR 422.510).

## INSTRUCCIONES

### LEER ANTES DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE MEDICARE (DEVOLVER SÓLO EL FORMULARIO, SIN LAS INSTRUCCIONES)

**Solicitud del paciente para el pago de servicios médicos por vacunas contra la influenza/enfermedad neumocócica, Servicios de la Parte B (incluye servicios de médicos, de laboratorio y de diagnóstico por imágenes), equipos médicos duraderos, prótesis, equipos ortopédicos y suministros, viajes al extranjero (incluye Canadá y México) y servicios a bordo de embarcaciones**

#### **Vacunas contra la influenza/enfermedad neumocócica:**

Medicare podría pagar las vacunas estacionales contra influenza/enfermedad neumocócica. No se aplican cargos anuales de coseguro ni deducible de la Parte B. Medicare no paga vacunas contra la hepatitis B. Todos los médicos, los profesionales no médicos y los suplidores que administren vacunas estacionales contra la influenza deben aceptar la asignación pertinente a la reclamación por la vacuna.

#### **Servicios de la Parte B:**

En la mayoría de los casos, su médico, otro profesional o suplidor presentarán su reclamación ante Medicare; si no lo hacen, usted podrá hacerlo.

#### **Equipos médicos duraderos, prótesis, equipos ortopédicos y suministros:**

En la mayoría de los casos, su suplidor de DMEPOS presentará su reclamación ante Medicare; si no lo hace, usted podrá presentar una reclamación por un artículo o servicio provisto por ese suplidor.

#### **Viajes al extranjero (incluye Canadá y México):**

La ley de Medicare prohíbe el pago de servicios de atención médica brindados fuera de los EE.UU., salvo en determinadas circunstancias limitadas. "Fuera de los EE. UU." se refiere a cualquier lugar que no sea ninguno de los 50 estados de los EE.UU., el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE.UU., Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte. Los servicios provistos en una embarcación en un puerto de los EE.UU. o dentro de las 6 horas posteriores a la llegada o partida de la embarcación de un puerto de los EE.UU. son provistos dentro de los EE. UU.

Existen tres situaciones en las cuales Medicare podría pagar determinados tipos de servicios de atención médica brindados en un hospital en el extranjero (un hospital fuera de los EE.UU.):

1. Usted está en los EE.UU. cuando ocurre una emergencia médica y el hospital en el extranjero queda más cerca que el hospital de los EE.UU. más cercano que puede tratar su enfermedad o lesión.
2. Usted está viajando hacia Alaska a través de Canadá, sin demora indebida, por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando una emergencia médica ocurre, y el hospital canadiense queda más cerca que el hospital de los EE.UU. más cercano que puede tratar su enfermedad o lesión. Medicare determina qué significa "sin demora indebida" según el caso específico.
3. Usted vive en los EE. UU. y el hospital en el extranjero queda más cerca a su hogar que el hospital de los EE.UU. más cercano que puede tratar su afección médica, ya sea una emergencia o no.

En estos casos, Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare que recibe en el hospital extranjero y los servicios médicos y de ambulancia provistos en relación con esa internación en un hospital extranjero.

#### **Servicios a bordo de embarcaciones:**

Medicare podría pagar los servicios médicamente necesarios provistos en una embarcación en un puerto de los EE.UU. o dentro de las 6 horas posteriores a la llegada o partida de la embarcación de un puerto de los EE.UU. sólo si se cumplen todos los requisitos detallados a continuación:

- Usted tiene beneficios conforme a la Parte B
- El médico está legalmente autorizado para ejercer en los EE. UU.

Si la embarcación se encuentra a más de 6 horas de distancia de un puerto de los EE.UU., Medicare puede pagar los servicios médicamente necesarios sólo si se cumplen todos los requisitos detallados a continuación:

1. Sufre una emergencia médica dentro de las 6 horas posteriores a la llegada o partida de un puerto de los EE.UU. que requiere servicios de internación hospitalaria.
2. El hospital más cercano o más accesible que puede brindarle tratamiento es un hospital extranjero en lugar de un hospital de los EE.UU.
3. Los servicios son necesarios para tratar la enfermedad o lesión de emergencia.
4. Usted tiene beneficios conforme a la Parte B.
5. El médico está legalmente autorizado para ejercer donde prestó los servicios.

Para los servicios a bordo de embarcaciones, se debe incluir una copia del itinerario de la embarcación.

## CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE MEDICARE

Medicare podrá pagarle directamente a usted cuando complete este formulario y adjunte una factura detallada de su médico o suplidor. Envíe su formulario completado por correo postal al contratista de Medicare responsable por el procesamiento de su reclamación. Si necesita ayuda adicional, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite <http://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información.

### SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN:

#### A. Su motivo para presentar esta reclamación

Marque la casilla que corresponda a esta reclamación

#### B. Tipo de solicitud del paciente

Marque sólo una casilla que corresponda a esta reclamación

#### Sección 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- Escriba su nombre en letra de imprenta, tal como figura en la tarjeta de Medicare (Apellido, nombre, segundo nombre).
- Escriba su número de Medicare, exactamente como figura en la tarjeta de Medicare.
- Escriba su fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
- Marque la casilla correspondiente para el sexo del paciente.
- Indique su dirección postal y su número de teléfono.

#### Sección 2 – INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PROVISTOS

- Describa la enfermedad o lesión por la cual recibió tratamiento
- Condición del paciente relacionada con: Marque las casillas que correspondan

NOTA: Debe adjuntar una factura detallada a fin de que Medicare pueda procesar esta reclamación.

Adjunte al formulario toda la documentación pertinente, incluida la factura detallada con la siguiente información:

- Fecha del servicio
- Lugar donde se brindó el servicio
- Descripción de la enfermedad o lesión
- Descripción de cada servicio o suministro quirúrgico o médico que se brindó
- Resulta útil que se muestre el diagnóstico en la factura del médico. De lo contrario, asegúrese de completar la Sección 2 del presente formulario.
- Muchas veces, una factura podrá mostrar los nombres de varios médicos o suplidores. Es de suma importancia que se identifique al proveedor que le brindó tratamiento. Sólo tiene que marcar un círculo sobre su nombre en la factura.
- Marque cualquier servicio en la(s) factura(s) detallada(s) que adjunte para el cual ya haya presentado una reclamación a Medicare.
- Si solicita un pago secundario de Medicare, adjunte una copia de la notificación con la Explicación de beneficios de su aseguradora principal.
- Para los servicios a bordo de embarcaciones, se debe incluir una copia del itinerario de la embarcación.
- Costo de cada servicio
- El nombre y la dirección del médico o suplidor
- El Identificador de Proveedor Nacional (NPI) del proveedor o suplidor, si se conoce.
- El Nombre Legal Completo del proveedor que emite la orden y la dirección, si corresponde, según se indica en la Sección 2

#### Sección 3 – INFORMACIÓN SOBRE UN SEGURO DE SALUD DISTINTO DE MEDICARE

- Complete esta Sección si tiene 65 años de edad o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde usted o su cónyuge se encuentran trabajando y si tiene alguna cobertura médica distinta de Medicare.
- Marque todas las casillas que correspondan
- Nombre del otro seguro médico
- Número de póliza, incluido el número de Id. de Medicaid
- Nombre del beneficiario de la póliza
- Dirección del otro seguro médico

#### Sección 4 – FIRMA

Firme y feche el formulario

Si el beneficiario de Medicare no puede firmar con su nombre, siga las instrucciones en el formulario.

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)

Si recibió un servicio en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>Alabama</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306
<b>Alaska</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6703 Fargo, ND 58108-6703
<b>Samoa Americana</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Arkansas</b>	Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3098 Mechanicsburg, PA 17055-1816  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Arizona</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6704 Fargo, ND 58108-6704
<b>Norte de California (Para la Parte B)</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6774 Fargo, ND 58108-6774
<b>Sur de California (Para la Parte B)</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6775 Fargo, ND 58108-6775
<b>Colorado</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1823  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Connecticut</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
<b>Delaware</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3397 Mechanicsburg, PA 17055-1842
<b>Distrito de Columbia</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3396 Mechanicsburg, PA 17055-1841

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)

Si recibió un servicio en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>Florida</b>	First Coast Service Options, Inc. P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-0019
<b>Georgia</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306
<b>Guam</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Hawaii</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Idaho</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6701 Fargo, ND 58108-6701
<b>Illinois</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-6475
<b>Indiana</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8940 Madison, WI 53708-8940
<b>Iowa</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8550 Madison, WI 53708-8550
<b>Kansas</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 7238 Madison, WI 53707-7238
<b>Kentucky</b>	CGS Administrators, LLC P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202
<b>Louisiana</b>	Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3097 Mechanicsburg, PA 17055-1815  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Maine</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178



**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE**

**PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)**

<b>Si recibió un servicio en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>Maryland</b>	<p>Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3398 Mechanicsburg, PA 17055-1843</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones)</p>
<b>Massachusetts</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>Michigan</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8987 Madison, WI 53708-8987</p>
<b>Minnesota</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-6475</p>
<b>Mississippi</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3129 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Missouri</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 14260 Madison, WI 53708-0260</p>
<b>Montana</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735</p>
<b>Nebraska</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8667 Madison, WI 53708-8667</p>
<b>Nevada</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6776 Fargo, ND 58108-6776</p>
<b>New Hampshire</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)

Si recibió un servicio en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>New Jersey</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3030 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>New Mexico</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>New York</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>North Carolina</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>
<b>North Dakota</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6706 Fargo, ND 58108-6706</p>
<b>Islas Marianas del Norte</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777</p>
<b>Ohio</b>	<p>CGS Administrators, LLC P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202</p>
<b>Oklahoma</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Oregon</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6702 Fargo, ND 58108-6702</p>

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)

Si recibió un servicio en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>Pennsylvania</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3418 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Puerto Rico</b>	<p>First Coast Service Options, Inc. P. O. Box 45036 Jacksonville, Florida 32232-5036</p>
<b>Rhode Island</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-617</p>
<b>South Carolina</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>
<b>South Dakota</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6707 Fargo, ND 58108-6707</p>
<b>Tennessee</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306</p>
<b>Texas</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3108 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Utah</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6725 Fargo, ND 58108-6725</p>
<b>Vermont</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>Virginia</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA/ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA, PARTE B (INCLUYE SERVICIOS MÉDICOS, LABORATORIOS Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)

<b>Si recibió un servicio en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>Islas Vírgenes</b>	First Coast Service Options, Inc. P. O. Box 45098 Jacksonville, Florida 32231-5098
<b>Washington</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
<b>West Virginia</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
<b>Wisconsin</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-647
<b>Wyoming</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6708 Fargo, ND 58108-6708

### SÓLO PARA EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS, EQUIPOS ORTOPÉDICOS Y SUMINISTROS (DMEPOS)

<b>Si vive en:</b>	<b>Envíe su formulario y la documentación correspondiente por correo a:</b>
<b>Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont</b>	Noridian JA P.O. Box 6780 Fargo, ND 58108-6780
<b>Illinois, Indiana, Kentucky, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin, Indianapolis, IN 46207-7027</b>	CGS Administrators, LLC P.O. Box 20013 Nashville, TN 37202-0013
<b>Alabama, Arkansas, Colorado, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, Puerto Rico, South Carolina, Tennessee, Texas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Virginia, West Virginia</b>	CGS Administrators, LLC P.O. Box 20010 Nashville, TN 37202-0010
<b>Alaska, Samoa Americana, Arizona, California, Guam, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, North Dakota, Islas Marianas del Norte, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wyoming</b>	Noridian JD P.O. Box 6727 Fargo, ND 58108-6727

**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE**

**VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES**

<b>Si vive en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>Alabama</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306
<b>Alaska</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6703 Fargo, ND 58108-6703
<b>Samoa Americana</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Arkansas</b>	Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3098 Mechanicsburg, PA 17055-1816  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Arizona</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6704 Fargo, ND 58108-6704
<b>Norte de California (Para la Parte B)</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6774 Fargo, ND 58108-6774
<b>Sur de California (Para la Parte B)</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6775 Fargo, ND 58108-6775
<b>Colorado</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1823  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Connecticut</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
<b>Delaware</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3397 Mechanicsburg, PA 17055-1842
<b>Distrito de Columbia</b>	Novitas Solutions P.O. Box 3396 Mechanicsburg, PA 17055-1841

**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE  
VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES**

<b>Si vive en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>Florida</b>	First Coast Service Options, Inc. P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-0019
<b>Georgia</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306
<b>Guam</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Hawaii</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777
<b>Idaho</b>	Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6701 Fargo, ND 58108-6701
<b>Illinois</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-6475
<b>Indiana</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8940 Madison, WI 53708-8940
<b>Iowa</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8550 Madison, WI 53708-8550
<b>Kansas</b>	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 7238 Madison, WI 53707-7238
<b>Kentucky</b>	CGS Administrators, LLC P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202
<b>Louisiana</b>	Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3097 Mechanicsburg, PA 17055-1815  Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:  Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050
<b>Maine</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178

NO ENVÍE SU RECLAMACIÓN JUNTO CON SU RECLAMACIÓN

## TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE

### VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES

Si vive en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>Maryland</b>	<p>Novitas Solutions, Inc. P.O. Box 3398 Mechanicsburg, PA 17055-1843</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Massachusetts</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>Michigan</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8987 Madison, WI 53708-8987</p>
<b>Minnesota</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-6475</p>
<b>Mississippi</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3129 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Missouri</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 14260 Madison, WI 53708-0260</p>
<b>Montana</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735</p>
<b>Nebraska</b>	<p>Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8667 Madison, WI 53708-8667</p>
<b>Nevada</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6776 Fargo, ND 58108-6776</p>
<b>New Hampshire</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>

**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE  
VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES**

<b>Si vive en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>New Jersey</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3030 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>New Mexico</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>New York</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>North Carolina</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>
<b>North Dakota</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6706 Fargo, ND 58108-6706</p>
<b>Islas Marianas del Norte</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6777 Fargo, ND 58108-6777</p>
<b>Ohio</b>	<p>CGS Administrators, LLC P.O. Box 20019 Nashville, TN 37202</p>
<b>Oklahoma</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3107 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Oregon</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6702 Fargo, ND 58108-6702</p>



**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE  
VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES**

Si vive en:	Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:
<b>Pennsylvania</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3418 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones) 2020 Technology Parkway, Suite 100 Mechanicsburg, PA 17050</p>
<b>Puerto Rico</b>	<p>First Coast Service Options, Inc. P. O. Box 45036 Jacksonville, Florida 32232-5036</p>
<b>Rhode Island</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-617</p>
<b>South Carolina</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>
<b>South Dakota</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions, LLC P.O. Box 6707 Fargo, ND 58108-6707</p>
<b>Tennessee</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100306 Columbia, SC 29202-3306</p>
<b>Texas</b>	<p>Novitas Solutions P.O. Box 3108 Mechanicsburg, PA 17055-1834</p> <p>Para enviar reclamaciones mediante formularios 1490 de Medicare por correo prioritario o servicio de mensajería comercial (UPS, FedEx) para las cuales no se puedan usar apartados postales (P.O. Box), utilice la siguiente dirección:</p> <p>Novitas Solutions, Inc. Attention: Claims Department (Departamento de Reclamaciones)</p>
<b>Utah</b>	<p>Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6725 Fargo, ND 58108-6725</p>
<b>Vermont</b>	<p>National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178</p>
<b>Virginia</b>	<p>Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190</p>

**TABLA DE DIRECCIONES DE CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE MEDICARE  
VIAJES AL EXTRANJERO (INCLUYE CANADÁ Y MÉXICO) Y SERVICIOS A BORDO DE EMBARCACIONES**

<b>Si vive en:</b>	<b>Envíe su formulario, la factura detallada y la documentación correspondiente por correo postal a:</b>
<b>Islas Vírgenes</b>	First Coast Service Options, Inc. P. O. Box 45098 Jacksonville, Florida 32231-5098
<b>Washington</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
<b>West Virginia</b>	Palmetto GBA, LLC Mail Code: AG-600 P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202-3190
<b>Wisconsin</b>	National Government Services, Inc. P.O. Box 6475 Indianapolis, IN 46206-647
<b>Wyoming</b>	Noridian Healthcare Solutions P.O. Box 6708 Fargo, ND 58108-6708

NO ENVÍE ESTA PÁGINA JUNTO CON SU RECLAMACIÓN