



Provider Name  
Address 1  
Address 2  
City ST 00000

**Fecha:** 1/1/1900  
**Número de CID:** 1555555  
**NPI/Provider #:**  
**Phone:**  
**Fax:**

**Tipo de Solicitud & Propósito: Solicitud de Documentación Adicional al Proveedor de Facturación Externo**  
**Tema: Documentación Adicional – Esto no es una petición duplicada**

Estimado Proveedor de Medicare:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), a través del Programa Comprensivo de Análisis de Porcentaje de Error (CERT, por sus siglas en inglés) es responsable de solicitar, recibir y revisar expedientes médicos.<sup>1</sup> El programa de CERT revisa reclamaciones, seleccionadas al azar, de Medicare Parte A, Parte B y del Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés), y produce el índice de pago incorrecto anual. Para obtener más información acerca del programa de CERT, visite [www.cms.gov/CERT](http://www.cms.gov/CERT)

## Motivo de Elección

El programa de CERT ha seleccionado al azar una o varias reclamaciones de Medicare en donde usted aparece como el proveedor que ordenó o como el proveedor de referencia. La oficina del contratista de CERT para que someta documentación/expedientes médicos que justifiquen la necesidad de los servicios facturados a Medicare.

## Acción: Petición de Expedientes Médicos

La ley federal requiere que los proveedores sometan la documentación y expedientes médicos requeridos para justificar las reclamaciones hechas al programa de Medicare. Los proveedores deben enviar los expedientes médicos y la documentación suplementaria al programa de CERT. **Proporcionar expedientes médicos de pacientes de Medicare a CERT no viola la Ley de Responsabilidad y Portabilidad en el Seguro de Salud** (HIPAA, por sus siglas en inglés). La autorización del paciente no es necesaria para responder a esta petición. Los proveedores son responsables de obtener y proveer la documentación listada en la página de cubierta que contiene la barra de código. CMS no está autorizado a reembolsar proveedores por el costo de fotocopias/duplicación de expedientes médicos, ni envíos por correo. Si utiliza los servicios de un centro de fotocopias, asegúrese de que el programa de CERT no reciba una factura.

## Fecha: 1/1/1900

Favor de someter la documentación requerida en o antes de 1/1/1900 . Si usted no puede localizar la información solicitada, favor de contactar la oficina del contratista de CERT.

## Consecuencias

Si el proveedor no envía la información solicitada se comunica con CMS en o antes de 1/1/1900 , su contratista local de Medicare iniciará el proceso de ajustes de la reclamación y/o acciones de recuperación de pagos excesivos por los servicios que no estén documentados.

<sup>1</sup>El Acta De Seguro Social Sección 1833 [42 USC §1395l(e)] and 1815 [42 USC §1395g(a)]; 42 CFR 405.980-986



## Instrucciones

- Información específica y las instrucciones relacionadas a la muestra de reclamaciones y los documentos requeridos están localizados en las siguientes páginas de la carta.
- Favor de incluir con su envío la página de cubierta que contiene la barra de código.

## Métodos de Envío

Usted puede someter la documentación de varias maneras:

- Envío por correo: CERT Documentation Center,  
1510 East Parham Road  
Henrico, VA 23228
- Transmisión por fax: 804-261-8100
  - 1) Inicie una transmisión de fax por separado para cada reclamación individual.
  - 2) Utilice la hoja de cubierta con códigos de barras como la única hoja de portada.
  - 3) No hay necesidad de añadir su propia portada – esto retrasa el proceso de recibo e identificación.
- Transmisión Electrónica de Documentación Médica (esMD, por sus siglas en inglés):
  - 1) Incluya el número de reclamación y la página de cubierta que contiene la barra de código con su transmisión de archivos.
  - 2) Para obtener más información acerca de esMD, visite [www.cms.gov/esMD](http://www.cms.gov/esMD).
- Envío de CD-ROM:
  - 1) Las imágenes deben ser encriptadas/codificadas según las leyes de seguridad de HIPAA, por sus siglas en inglés.
  - 2) Si las imágenes son encryptadas/codificadas, la contraseña y el número de reclamación deben ser provistos por correo electrónico a [CERTMail@admedcorp.com](mailto:CERTMail@admedcorp.com) o transmitidos por fax al 804-264-9764.
  - 3) Las imágenes deben ser en formato de TIFF o PDF.
- Envío de documentos adjunto por Correo Electrónico:
  - 1) Los documentos adjunto deben ser encriptados según las leyes de seguridad de HIPAA, por sus siglas en inglés.
  - 2) Si los documentos adjunto son encryptados/codificados, la contraseña y el número de reclamación deben ser provistos por teléfono llamando al 888-779-7477 ó transmitidos por fax al 804-264-9764.
  - 3) Los documentos adjunto deben ser en formato de TIFF o PDF.

## Preguntas

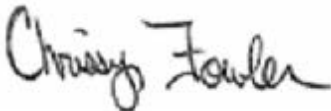
Si tiene preguntas, favor de contactar:

CERT Documentation Center  
1510 East Parham Road  
Henrico, VA 23228

Office: 443-663-2699 or Toll Free: 888-779-7477

Fax: 804-261-8100

Sinceramente,



Chrissy Fowler  
Director, Grupo de la Precisión de Pagos & Reportes  
Oficina de Gerencia Financiera  
Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

## Adjuntos/Información Suplementaria

1. Información de la reclamación
2. Página de cubierta que contiene la barra de código



# USE ESTA PÁGINA COMO HOJA DE CUBIERTA CON SU ENVIO

## Contratista de Revisión de CERT de Medicare GS-00F-263CA

Secuencia de Carta: Solicitud de Documentación Adicional al Proveedor de Facturación Externo

Nombre del Paciente: Patient Name

Fecha de Nacimiento: 1/1/1900 Fecha(s) de Servicio: 1/1/1900 - 1/1/1900

Número de Control de Reclamo (CCN): CCN0000000000

Fecha de Reclamo: 1/1/1900 Fecha de la Solicitud: 1/1/1900

Número de Expediente Médico: MRN0000000000000000 Número del Paciente: PCN0000000000

Número Identificador del Beneficiario:

Fecha Universal: 1/1/1900 Tipo de Factura: 000

Número de NPI/Nombre del Proveedor: 0000000000

Número de NPI/Nombre del Proveedor de Referencia:



**CID: 1555555**

**Por favor envíe documentación:**

**Por Fax #: 804-261-8100**

**Por Correo:** CERT Documentation Office - Attn: CID # 1555555, 1510 East Parham Road, Henrico, VA 23228

**Número de Teléfono #:** 888-779-7477 / 443-663-2699

Favor de proporcionar toda la documentación /expedientes médicos listados a continuación y cualquier otra documentación adicional para justificar la fecha(s) de servicio. Si usted es el médico de referencia, por favor, tenga en cuenta que la fecha de servicio en el encabezado podría no ser la fecha en que usted ordenó el suministro o la fecha en que usted trató a este paciente en su oficina. Asegúrese que de que todas las páginas estén completas y legibles e incluya ambos lados y bordes/orillas de la página(s) cuando sea aplicable.

**Nota:** Si la documentación en el record médico no esta firmada o si la firma es ilegible, someta una certificación de firma o record de firmas para esas notas del record médico. Para que los evaluadores de la revisión médica de Medicare considere válida su certificación de firma, la certificación debe estar firmada y fechada por el autor de la nota del record médico y debe contener suficiente información que identifique el beneficiario/paciente. La certificación de firma no se puede usar cuando la orden médica no esta firmada.