



Provider Name  
Address 1  
Address 2  
City ST 00000

**Date:** 1/1/1900  
**Reference ID: CID #:** 1555555  
**NPI/Provider #:** 0000000000  
**Phone:**  
**Fax:**

**Tipo de Solicitud & Propósito: Solicitud de Documentación Adicional al Proveedor de Facturación (Primer Intento)**  
**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 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 de sus reclamaciones de Medicare para revisión. Tras revisar su respuesta previa, hemos determinado la necesidad de documentación adicional.

## 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 esten 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

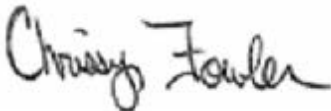
Si tiene preguntas, favor de contactar:

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**

**Fecha Debida:** 1/1/1900      Proveedor de Servicios de Medicare, Part B

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 Reclamación (CCN): CCN0000000000

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

Número de Contratista: 99999      Tipo de Contratista: B

NPI o Número de Proveedor: 0000000000

Secuencia de Carta: Solicitud de Documentación Adicional al Proveedor de Facturación (Primer Intento)



**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

Los documentos listados a continuación pueden ser necesarios para corroborar esta revisión médica. Favor de proporcionar toda la documentación/expedientes médicos **pertinente y cualquier otra documentación adicional** para justificar la fecha(s) de servicio. Asegúrese que de que todas las páginas estén completas y legibles e incluya ambos lados y bordes/orillas de la página(s) cuando sea applicable.

**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.