



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: Primera Carta
Tema: Documentación Adicional Requerida

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.¹ 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

Motivos de Elección

El programa de CERT ha seleccionado al azar una o varias de sus reclamaciones de Medicare para revisión.

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

La documentación requerida debe ser provista en o antes de 1/1/1900 . Su respuesta es requerida en o antes de 1/1/1900 indicado, aun si usted no puede localizar la información solicitada.

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.

¹ El Acta De Seguro Social Sección 1833 [42 USC §1395l(e)] & 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.
- 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 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

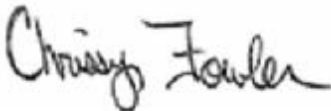
Si tiene preguntas, favor de contactar:

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



Información de Reclamación

Fecha Debida: 1/1/1900

Proveedor de Servicios de Medicare, Part B

NPI o Número de Proveedor: 0000000000	Fecha de la Petición: 1/1/1900
Nombre del Beneficiario: Patient Name	
Fecha de Nacimiento: 1/1/1900	Fecha(s) de Servicio: 1/1/1900 - 1/1/1900
Número de Identificación de Reclamación de CERT (CID): 1555555	Número Identificador del Beneficiario:
Fecha de Reclamación: 1/1/1900	Numero de Control de Reclamación (CCN): CCN0000000000
Medico de Referencia/NPI #: Referring Name 0000000000	
Número de Expediente Médico: MRN0000000000000	Número de Cuenta del Paciente: PCN0000000000

Códigos de Diagnóstico

Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	Código 5	Código 6	Código 7	Código 8	Código 9	Código 10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Código 11	Código 12	Código 13	Código 14	Código 15	Código 16	Código 17	Código 18	Código 19	Código 20
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Código 21	Código 22	Código 23	Código 24	Código 25					
21	22	23	24	25					

Línea	Fecha de artículos	Código de Rentas	Proveedor de realizar/NPI #	Especialidad proveedor	Código de diagnóstico	Código HCPCS	El modificador 1 HCPCS	El modificador 2 HCPCS	El modificador 3 HCPCS	El modificador 4 HCPCS
	5/4/2018		0000000000		00000	00000	11	22	33	
	5/5/2018		0000000000		00000	00000	11	22	33	
	5/6/2018		0000000000		00000	00000	11	22	33	
	5/7/2018		0000000000		00000	00000	11	22	33	
	5/8/2018		0000000000		00000	00000	11	22	33	



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
Secuencia de Carta: Primera Carta
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 Universal: 1/1/1900 **Fecha de la Solicitud:** 1/1/1900
Número de Contratista: 99999 **Tipo de Contratista:** B
Número de NPI del Proveedor: 0000000000

Favor, envíe la documentación/expedientes médicos para justificar los Códigos de HCPCS/Servicios Facturados en el reclamo que se muestra en la página incluida de Información del Reclamo.

Además, favor proporcione toda la documentación/expedientes médicos que justifiquen los Códigos de HCPCS/Servicios Facturados durante el período de los últimos 6 meses antes de la fecha de servicio en el reclamo, si el servicio en esos 6 meses se asoció con la misma condición.

La documentación enviada debe incluir un Plan de Cuido para justificar los servicios quiropráticos en el plan de tratamiento.

Los artículos que figuran a continuación pueden ser necesarios para corroborar en esta revisión médica. Por favor proporcione toda la documentación pertinente en el historial médico listados a continuación y cualquier otra documentación adicional para justificar la fecha(s) de servicio:

Documentos que pueden ser necesarios

**CERT Documentation Center - Attn: CID # 155555
1510 East Parham Road, Henrico VA 23228
FAX 804-261-8100 PH 888-779-7477 or 443-663-2699**