



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

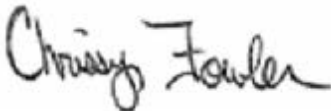
Si tiene preguntas, favor de contactar:

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



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 A**
Secuencia de Carta: Primera Carta **Fecha Universal:** 1/1/1900
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
Número de Expediente Médico: MRN0000000000000 **Número del Paciente:** PCN0000000000
Número Identificador del Beneficiario: **Fecha de la Solicitud:** 1/1/1900
Número de Contratista: 99999 **Tipo de Contratista:** A
Número de NPI del Proveedor: 0000000000

FAVOR DE ENVIAR TODO EL HISTORIAL/EXPEDIENTE MÉDICO DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LAS FECHAS DE SERVICIO ESPECIFICADAS. TAMBIÉN INCLUYA:

- **Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) emitido al beneficiario (paciente) en el hospital;**
- **Historias clínicas electrónicas de salud (EHR por sus siglas en inglés), enviar una copia del protocolo/poliza de firmas electrónicas que describe el proceso de como las notas de oficina / progreso y ordenes médicas son firmadas/fechadas electrónicamente. La validación de las firmas electrónicas son dependientes de obtener esta información;**
- **Antes del enviar la documentación requerida- verifique que las notas de oficina / progreso u otra documentación en el record médico estan firmadas por el médico. Si los documentos no están firmados, o la firma es ilegible; envíe una declaración que certifica la firma (ejemplo provisto en la pagina web <https://www.certprovider.com/>). Si la firma es ilegible, enviar el registro de firmas.**