Nota a Doctores y Proveedores Participantes en el Programa de Medicare

Introduciendo El Programa Comprensivo de Análisis de Porcentaje de Error

Dr Juan Valdez
90 Urb. Las Palmas
Bayamon, PR 12340

Estimado Doctor/Proveedor de Servicios de Medicare:

En su esfuerzo por mejorar el sistema de pagos de reclamos médicos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Agencia Federal de Medicare ha puesto en ejecución un sistema que se encargara de rastrear la exactitud de estos pagos. El Programa Comprensivo de Análisis de Porcentaje de Error (CERT siglas en Ingles). Creemos que el Programa de CERT proveerá al CMS y a los contribuidores de pagos de impuestos con información mas útil (Por ejemplo, un estimado de los pagos incorrectos hechos por Medicare), con menos inconvenientes para doctores, proveedores y su personal.

Desde la implementación del Programa de CERT, el contratista de la revisión (CRC siglas en Ingles para CERT Review Contractor), localizado en Richmond, Virginia ha pedido expedientes médicos, revisado reclamos y producido porcentajes de pagos por error de tipo: nacional, de contrato específico, tipo de proveedor y categoría de beneficio. CMS ha decido crear una línea aerodinámica para seguir mas de cerca el proceso de pedido y recibo de expedientes médicos. Para eso ha contratado los servicios del Departamento de Documentación de CERT, (CDC siglas en Ingles para CERT Documentation Contractor), localizada en Anápolis Junction, Maryland para ayudar en el proceso de revisión de reclamos.

Durante el periodo de transición y mientras el CDC asuma la total responsabilidad de pedido de expedientes médicos y documentación para el proceso de revisión actualmente realizado por el CRC, es posible que usted reciba cartas de ambos contratistas, principalmente interrupciones técnicas solicitando información adicional. Las cartas de pedido de expedientes del CDC han sido renovadas para especificar la información necesaria para realizar la revisión.

El motivo por la cual se le ha enviado esta carta es porque El Programa de CERT ha seleccionado al azar uno o varios de sus reclamos para ser revisados. Usted tiene la responsabilidad de proveer documentación que concuerde con sus reclamos de pagos lo más antes posible. Su falta en producir la información solicitada será automáticamente calculado como un error por el sistema de cálculos de porcentaje de error del programa de CERT y como resultado computara un sobre - pago. Usted no estará en violación de las leyes de HIPAA por enviar esta información.

Viene incluido en esta misiva, una carta detallando la información requerida e instrucciones a seguir en el envío de expedientes médicos y o documentación al CDC. Gracias por cooperar con nosotros en este importante proyecto.

Sinceramente,

Melanie K. Combs
Líder De Tarea Del Gobierno de CERT
Grupo De la Integridad Del Programa
Oficina de la Gerencia Financiera

CENTROS PARA SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS SERVICIOS DE MEDICAID

RE: CERT PEDIDO INICIAL DE EXPEDIENTES MEDICOS

Proveedor #: xxxxxx

CID #: xxxxxx **Fecha Debida: xx/xx/xxxx**

Estimado Doctor / Proveedor de Medicare:

Esta pedido de expedientes/documentos médicos se le envía bajo un programa de mandato federal con el propósito de rastrear y mejorar la exactitud de los pagos hechos por Medicare a doctores y otros proveedores. Este pedido de expedientes médicos es el resultado de una selección hecha al azar de facturas de expedientes. Su respuesta es requerida aunque usted no pueda proporcionar las fechas exactas de servicios que se muestran en el expediente del beneficiario. De acuerdo con 42 U.S.C. 1320C-5 (a) (3) y § 1833 del Acta de Seguro Social, por ser un proveedor de Medicare, usted debe proporcionar documentación y expedientes médicos al contratista de CERT al ser requerido para comprobar reclamos hechos por usted al Sistema de Medicare. Es su responsabilidad obtener documentación adicional de terceras partes (Hospitales, clínicas de reposo, etc.), si es necesario. Proveyendo al Programa Comprensivo de Análisis de Porcentaje de Error (CERT) con expedientes médicos de pacientes de Medicare esta dentro del alcance de conformidad del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Medico (HIPAA, siglas en Ingles).

El propósito del Programa de CERT es el de determinar el porcentaje de reclamos pagados por error a manera nacional, de contrato especifico, tipo de servicio y tipo de proveedor. Le estamos solicitando la documentación de los expedientes médicos con relación al reclamo que viene identificado e incluido en la lista del expediente medico/documentación. Viene incluido en esta misiva una hoja de cubierta que contiene una barra con un numero de control que corresponde al expediente en el expediente medico/documento en la lista. Por favor envié el (los) documento (s) que se especifica en la hoja de cubierta que contiene la barra con el numero de control para el reclamo que se le ha incluido.

Con el fin de apresurar el recibo y el procesamiento de su expediente medico/documento, favor de enviarlo a mas tardar el **xx/xx/xxxx** incluyendo la hoja de cubierta que contiene la barra con el numero de control. Si usted requiere de tiempo adicional o si esta inseguro en cuanto a que documentación debe enviar para cumplir completamente con este pedido, por favor llame a la Oficina de Documentación de CERT al (301) 957-2380.

Gracias por su cooperación y pronta atención en este importante asunto.

Sinceramente,

Douglas C. Crouch

Douglas Crouch
Director Del Programa,
Contratista de la Documentación de CERT
Recintos

Instrucciones Para el Envió de

Expedientes/Documentos Médicos Solicitados

El método preferido de recibo de expedientes/documentos médicos es vía TELEFAX al número:

(240) 568-6222

Su cooperación enviando vía TELEFAX los documentos especificados tan pronto le sea posible será grandemente apreciada. Si usted va a requerir de tiempo adicional para llenar este pedido de expedientes médicos/documentos, por favor llame al Contratista de Documentación de CERT al (301) 957 2380 para pedir una extensión a la fecha programada.

Por favor adhiérase a las siguientes instrucciones al enviar los documentos vía TELEFAX:

1. Envié los **documentos específicos que se enumeran en la hoja de cubierta que contiene la barra con el número de control,** para comprobar los servicios de cada uno de los reclamos que viene identificado en la lista del expediente/documento medico.
2. Coloque la hoja de cubierta que contiene la barra con el número de control, delante del expediente/documento medico que va a enviar para ser revisado. Si esta enviando copias múltiples de expedientes, separe cada una con su respectiva hoja de cubierta que contiene la barra con el número de control.
3. Por favor asegúrese que todas las paginas estén completas y leíbles e incluya ambos lados y evite que los bordes de la pagina queden cortadas al copiar cuando sea aplicable.

Si no puede enviar por TELEFAX los expedientes/documentos médicos, por favor póngase en contacto con la Oficina de Documentación de CERT al: (301) 957-2380.

Por favor adhiérase a las siguientes instrucciones si va a enviar los documentos por correo:

1. Envié los documentos específicos que se encuentran listados en la hoja de cubierta que contiene la barra con el numero de control para comprobar los servicios de cada uno de los reclamos que viene identificado en la lista del expediente/documento medico.
2. Fotocopie cada expediente. Cerciórese que todas las paginas estén completas, leíbles e incluya ambos lados y bordes de la pagina cuando sea aplicable.
3. Coloque la hoja de cubierta conteniendo la barra con el número de control, delante del expediente/documento medico que va a enviar para ser revisado. Si envía copias múltiples de expedientes, use la hoja de cubierta conteniendo la barra con el numero de código para separarlas. Envié el expediente/documento medico a la siguiente dirección:

CERT Documentation Office
Attn CID #: xxxxxx
9090 Junction Drive, Suite 9
Annapolis Junction, MD 20701

No estamos autorizados a rembolsar a proveedores/suplidores por costos asociados con fotocopias y envío de expedientes/documentación medica. Si usted utiliza los servicios de un centro de fotocopias, por favor asegúrese que no le envié una factura al Contratista de Documentación de CERT.

Si la información solicitada, no es recibida durante el periodo estipulado, el Contratista de Documentación de CERT asumirá que los servicios en su reclamo no fueron rendidos. Su contratista local de Medicare iniciara un proceso de recuperación de pagos excesivos de los servicios indocumentados.

Lista de Expedientes / Documentacion Medica

Proveedor de Medicare, Part A

Proveedor #:	xxxxxx	Fecha de Pedido:	xx/xx/xxxx
Nombre del Paciente:	PERON,EVITA	Fecha de Nacimiento:	xx/xx/xxxx
Fecha de Servicio de/ a:	xx/xx/xxxx - xx/xx/xxxx	Numero de Identificación de reclamo de CERT (CID):	xxxxxx
HICNUM:	xxxxxxxxxx	Fecha de Reclamo:	xx/xx/xxxx
Numero de Control de Reclamo (CCN):	xxxxxxxxxxxxx	Proveedor Ejecutor:	
		Tipo de Factura:	xxx

Códigos ICD-9

Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	Código 5	Código 6	Código 7	Código 8	Código 9	Código 10
xxxx	xxxx								

Línea de Fecha del artículo	Código del Rédito	Proveedor Ejecutor	Especialidad de Proveedor	Código del Diagnostico	HCPCS Código	HCPCS Modificante 1	HCPCS Modificante 2	HCPCS Modificante 3	HCPCS Modificante 4
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				
xx/xx/xxxx	xxxx				xxxxx				

HOJA DE CUBIERTA

Contratista de Documentación CERT de Medicare
CMS 500-99-0019/0002 PSC CERT

Proveedor de Medicare, Part A
Fecha del Reporte: xx/xx/xxxx

Numero de control de reclamo:	xxxxxxxxxxxxxx	Tipo de Contratista:	Part A
Número de Proveedor:	xxxxxx	Servicio de/a:	xx/xx/xxxx - xx/xx/xxxx
Numero de Contratista #:	xxxxxxx	Número de CID:	xxxxxx

CDC365948

Secuencia de Carta:	Pedidi Inicial
Fecha Universal:	xx/xx/xxxx

Por favor envié cada artículo que se detalla debajo y cualquier documentación adicional para corroborar el reclamo de pago que se menciona al principio con sus fechas específicas

[ ] Certification of homebound status
[ ] Disposition/discharge notes
[ ] History and Physical
[ ] Itemized bill with Revenue codes
[ ] Non-Physician Progress notes
[ ] Original Initial evaluation
[ ] Physician progress notes
[ ] Procedure Notes
[ ] Skin care records
[ ] Therapy progress notes
[ ] Diagnostic test results/reports
[ ] HHA - OASIS assessment
[ ] Home health plan of care
[ ] Medication Administration Records
[ ] Nurse's notes
[ ] Physician orders
[ ] Plan of Treatment (PT/OT/ST)
[ ] Re-evaluation (PT/OT/ST)
[ ] Therapy Treatment logs (provide therapy minutes)

Por favor haga fotocopias de ambos lados de cada página y por favor EVITE que las paginas queden cortadas al copiar. Por favor envíe la copia original de esta hoja de cubierta con la barra con número de control con una copia de la documentación del expediente medico de que se hace referencia al principio. Los documentos de registro deben estar con la hoja de cubierta original, con el propósito de asegurar la validez apropiada de recibo a la Oficina de Documentación de CERT. Por favor envíe la documentación por telefax a: (240) 568-6222. Si no puede enviar los documentos por telefax, por favor envíelos a la dirección que se menciona debajo:

CERT Documentation Office
Attn: CID # xxxxx
9090 Junction Drive, Suite 9
Annapolis Junction, MD 20701