

# CERT Newsletter

Volume 1, Issue 3

March 05

Affiliated Contractors (ACs) refers to Carriers, DMERCs, and FIs.

## **CDC Announces New Provider Address Website**

In March 2005, the CERT Documentation Contractor (CDC) will display a new provider address website. Beginning in March, ACs will be able to test the website and update their provider addresses, phone numbers, fax numbers, and email addresses.

Later in 2005, consideration will be given to opening the website to providers to allow them to update their own addresses, phone and fax numbers, and email addresses. This will be done after the website has been fully tested with ACs. Providers are reminded of their obligations to notify their respective AC and, for DMERCs the National Supplier Clearing House, of any changes to their addresses or phone/fax numbers.

When provider addresses, phone numbers, fax numbers, and email addresses are updated in our website, the information is immediately posted to CDC's database and then, within minutes, that same information is posted to CERT Review

*The purpose of the CERT Newsletter is to provide an exchange of information among CMS, the CERT Review Contractor (CRC), the CERT Documentation Contractor (CDC), Affiliated Contractors (ACs) and Providers. The Newsletter is not intended to set CMS policy or replace CMS directives. The newsletter is published monthly by CDC. Archived copies will soon be available on the CERT Confidential Website. Articles and Questions for publication may be submitted by email to [marylou@certcdc.com](mailto:marylou@certcdc.com)*

Contractor's (CRC) database.

ACs use the same login IDs and passwords used to log into CRC's website.

CDC retains the old addresses, phone numbers, fax numbers, and email addresses. The website will also have audit trail features running in the background. For obvious security reasons, the audit trail features will not be further identified.

The website address (URL) is [www.certdoc.org](http://www.certdoc.org)

## **CDC Thanks its Transition Partners**

CDC sends a special thank you to Wayne Steiner of HGSA PA, Shelia Allen of Palmetto GBA Region C, and Jane Tehel and Jennifer Swindler of Cahaba of Iowa for their help and assistance during CDC's pilot testing of request and receipt of medical records, customer service call center operations, and imaging medical records this past month.

Please see the attached Initial Medical Records Request Letters; both English and Spanish versions have been included.

Deadline for April newsletter submissions is March 28, 2005. Send to [marylou@certcdc.com](mailto:marylou@certcdc.com)





## A Note to Physicians and Providers from Medicare

### *Introducing The Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Program*

Dr. Joe Doe  
10 Security Blvd  
Suite 10  
Baltimore, MD 12345

Dear Medicare Physician/Provider:

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), the federal Medicare agency, strives to pay claims accurately. The agency implemented a system to monitor the accuracy of payments- the Comprehensive Error Rate Testing Program (CERT). We believe the CERT program will provide CMS and taxpayers with more useful information (such as an estimate of the improper payments made by Medicare) with fewer hassles for physicians, providers and their staff.

Since the implementation of the CERT program, the CERT Contractor, located in Richmond, VA, has requested medical records, reviewed claims, and produced national, contractor specific, provider type, and benefit category specific paid claim error rates. CMS has decided to streamline the record request and receipt process by contracting with a CERT Contractor, located in Annapolis Junction, MD, to support the claims review process.

During the transition period when the CERT Contractor in Maryland assumes the responsibility for requesting medical records and documentation for the claims review process performed by the CERT Contractor in Virginia, you may receive letters from one or the other contractor requesting additional information. The CERT new request letters are improved with more specificity in terms of the information needed to conduct the review.

The reason you are receiving this letter today is because the CERT program has randomly selected one or more of your claims for review. You have a responsibility to provide documentation supporting the claims as soon as possible. Failure to produce the information will count as an error in the calculation of the CERT program error rate and will result in the computation of an overpayment. Production of this information will not violate HIPAA.

Enclosed is a letter detailing the requested information and instructions for submitting medical records and documentation to the CERT Contractor in Maryland. Thank you for cooperating with us in this important project.

Sincerely,

Melanie K. Combs  
CERT Government Task Leader  
Program Integrity Group  
Office of Financial Management



CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**RE: CERT INITIAL REQUEST FOR MEDICAL RECORDS**

Provider #: xxxxxxxxx

CID #: xxxxxx

Due Date: xx/xx/xxxx

**Dear Doctor/Medicare Provider:**

This request for medical records/documentation is sent to you under a federally mandated program to monitor and improve the **accuracy of Medicare payments** to physicians and other providers. This request for medical records is the result of a random selection of billing records. **Your response is required** even if records for the sampled beneficiary dates of service cannot be provided. In accordance with 42 U.S.C. 1320C-5 (a) (3) and 1833 of the Social Security Act, as a Medicare provider, you must provide documentation and medical records to the CERT contractor upon request to support claims for Medicare services. It is your responsibility to obtain additional supporting documentation from a third party (hospital, nursing home, etc.), as necessary. Providing medical records of Medicare patients to the Comprehensive Error Rate Testing (CERT) contractor is within the scope of compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

The purpose of the CERT program is to determine the national, contractor specific, service type and provider type paid claim error rates. We are requesting medical record documentation regarding the claim identified on the enclosed Medical Records/Documentation Pull List. A bar coded cover sheet is included in this packet with a control number that corresponds to the record on the Medical Records/Documentation Pull List. Please submit the **specified document(s)** listed in the attached bar coded cover sheet for the identified claim.

In order to expedite the receipt and processing of your medical records/documentation, please submit no later than xx/xx/xxxx including the bar coded cover sheet. Should you require additional time or if you are unsure about what documentation needs to be submitted to fully comply with this request, please call the CERT Documentation Office at (301) 957-2380.

Thank you for your cooperation and prompt attention in this matter.

Sincerely yours,

Douglas Crouch  
Program Director  
CERT Documentation Contractor  
Enclosures



## **Instructions for Submitting Requested Medical Records/Documentation**

**The preferred method for receipt of medical records/documentation is via FAX to:**

**(240) 568-6222**

Your cooperation in FAXING the specified documents as soon as possible is greatly appreciated. Should you require additional time to fill this request for medical records/documentation, please call the CDC Documentation Office at (301)957-2380 to get an extension to the due date.

Please adhere to the following directions when faxing:

1. Send the **specific documents listed on the Bar Coded Cover Sheet** to support the services of each claim identified on the Medical Records/Documentation Pull List.
2. Place the bar coded cover sheet in front of the medical records/documentation being submitted for review. Submit multiple records with the corresponding Bar Coded Cover Sheet as separator pages.
3. Please make sure all pages are complete, legible, and include both sides and page edges where applicable.

**If unable to FAX document, please contact CERT Documentation Office at (301) 957-2380.**

Please adhere to the following directions if you are mailing the requested letters:

1. Send the specific records listed on the Bar Coded Cover Sheet to support the services on the claim identified on the Medical Records/Documentation Pull List.
2. Photocopy each record. Please make sure all copies are complete and legible; include both sides of each page, including page edges.
3. Place the bar coded cover sheet in front of the medical records/documentation being submitted for review. Submit multiple records with the corresponding Bar Coded Cover Sheet as separator pages. Mail medical record documentation to:

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

We are not authorized to reimburse providers/suppliers for the cost of claims/medical records duplication or mailing. If you use a photocopy service, please ensure that the service does not invoice the CERT Documentation Office.

If the requested information is not received within this time period, CERT CDC will assume the services on the claim were not rendered. Your local Medicare contractor will pursue overpayment recoupment for these undocumented services.

## Medical Records/Documentation Pull List

Medicare DMERC Provider

Provider ID#:	xxxxxxxxxxx	Request Date:	xx/xx/xxxx
Patient Name:	DOE, JOE	Date of Birth:	xx/xx/xxxx
Service From/To Dates:	xx/xx/xxxx - xx/xx/xxxx	CERT Claim ID (CID):	xxxxxx
HICNUM:	xxxxxxxxxxx	Claim Date:	xx/xx/xxxx
Claim Control Number (CCN):	xxxxxxxxxxxxxxxx	Performing Provider:	xxxxxxxxxx
		Bill Type:	xxx

**ICD-9 Codes**

<u>Code 1</u>	<u>Code 2</u>	<u>Code 3</u>	<u>Code 4</u>	<u>Code 5</u>	<u>Code 6</u>	<u>Code 7</u>	<u>Code 8</u>	<u>Code 9</u>	<u>Code 10</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------

Line Item Date	Revenue Code	Performing Provider	Provider Specialty	Diagnosis Code	HCPCS Code	HCPCS Modifier 1	HCPCS Modifier 2	HCPCS Modifier 3	HCPCS Modifier 4
		xxxxxxxxxxx	XX	XXXX	XXXXX	XX	XX	XX	

# COVER SHEET

---

**Medicare CERT Documentation Contractor  
CMS 500-99-0019/0002 PSC CERT**

**Medicare DMERC Provider  
Report Date: xx/xx/xxxx**

Claim Control Number: xxxxxxxxxxxxxxxx Contractor Type: DMERC  
Provider Number: xxxxxxxxxxxx Service From/To: xx/xx/xxxx - xx/xx/xxxx  
Contractor Number #: xxxxxx CID Number: xxxxxx



**Letter Sequence:** Initial Letter  
**Universe Date:** xx/xx/xxxx

Please provide all the requested medical records/documentation listed below and any additional documentation to support the above listed claim for the specified date(s) of service:

- Authorized provider order  Certificate of Medical Necessity  
 Prescription (diagnosis., phys. signature, quantity).  Proof of delivery

Please copy both sides of each page and please DO NOT cut off page edges when copying. Please send the original copy of this bar coded cover sheet with a copy of the medical record documents noted above. The record documents must be with the original cover sheet in order to ensure proper validation of receipt by the CERT Documentation Office. Please fax documentation to: (240) 568-6222. If unable to fax documents, please send information to the address noted below.

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



**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 decidido 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 específico, 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 envíe 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 Crouch  
Director Del Programa,  
Contratista de la Documentación de CERT  
Recintos



**Instrucciones Para el Envío 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. Envíe 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. Envíe 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. Envíe 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 envíe 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.



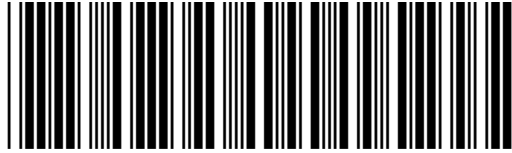
# HOJA DE CUBIERTA

## 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:	xxxxxxx



\* C D C 3 6 5 9 4 8 \*

Secuencia de Carta: Pedidi Inicial

Fecha Universal: xx/xx/xxxx

Por favor envíe 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

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

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**