



Requisitos de la Firma de CMS



Para fines de revisión médica, Medicare requiere que las personas responsables de la atención del beneficiario, incluyendo proveer, ordenar y certificar artículos y servicios, sean identificables. Durante la revisión médica se requieren firmas para dos propósitos distintos:

1. Para satisfacer los requisitos específicos de firma de los estatutos, regulaciones, Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) o Determinaciones de Cobertura Local (LCD).
2. Para resolver dudas acerca de la autenticidad relacionadas con la legitimidad o falsedad de la documentación.

La autoría de los expedientes médicos generalmente se determina mediante una firma manuscrita o electrónica. Las firmas estampadas con un sello no suelen ser aceptables.

Los contratistas de Medicare considerarán la totalidad del expediente médico al revisar el cumplimiento de los requisitos de firma.

FIRMA MANUSCRITA

Una firma manuscrita es una marca o signo de un individuo en un documento para indicar conocimiento, aprobación, aceptación u obligación.

REGISTRO DE FIRMAS (LOG)

El registro de firmas contiene el nombre mecanografiado o impreso del autor asociado con unas iniciales o una firma ilegible. El registro de firmas puede incluirse en la página en donde se utilizaron las iniciales o la firma ilegible o puede ser un documento separado. El autor de las iniciales o de la firma ilegible también debe incluir sus credenciales en el registro.

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA

Se puede presentar una certificación de la firma para autenticar una firma ilegible o faltante en los expedientes médicos y en las órdenes médicas. Para que se considere válida para fines de revisión médica de Medicare, la certificación debe estar firmada y fechada por el autor de la entrada en el expediente médico o de la orden y debe contener información suficiente para identificar al beneficiario.

Los revisores considerarán todas las certificaciones que cumplan con los requisitos de CMS independientemente de la fecha en que se haya creado la certificación, excepto en aquellos casos en los que las regulaciones o la política indiquen que la firma debe estar vigente antes de un evento determinado o una fecha determinada. (Tenga en cuenta que se considerará la certificación de firma para la orden escrita estándar cuando el proveedor haya obtenido la certificación antes de enviar la reclamación. Cuando la orden se requiere antes de la entrega de los artículos, la certificación de firma se considerará si la certificación ha sido obtenida por el proveedor antes de la entrega de los artículos).

La siguiente página contiene un formulario aceptable que los proveedores pueden optar por utilizar como certificación. Con respecto a las certificaciones de firma para las órdenes, es posible que sea necesario ajustar el lenguaje del formulario de muestra proporcionado en la página siguiente, con el fin de referirse mejor al tipo de documento (orden) para el cual se creó la certificación. CMS y CGS no exigen ni instruyen a los proveedores a utilizar este formulario o formato.

Requisitos de la Firma de CMS

FIRMAS ELECTRÓNICAS

Debido al potencial de uso indebido o abuso de los métodos de firma alternativos, los autores de los documentos deben utilizar un sistema y productos de software que estén protegidos contra modificaciones, etc., y deben aplicar procedimientos administrativos que sean adecuados y correspondan a normas y leyes reconocidas. La persona cuyo nombre figura en el método de firma alternativo y el autor son responsables de la autenticidad de la información que se certifica.

Consulte la publicación CMS 100-08, Manual de Integridad del Programa Medicare (Medicare Program Integrity Manual), Capítulo Tres - Sección 3.3.2.4 para obtener información adicional sobre los requisitos de firma.

CERTIFICACION DE LA FIRMA PARA LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

NOTA: Este formulario proporciona un formato sugerido para una certificación de firma. La presentación de la certificación de firma y el uso de este formulario son opcionales.

Nombre del Paciente:	
Número de Medicare:	

Yo, _____, por la presente certifico
Nombre completo impreso del médico o del profesional

en el expediente médico para _____ refleja con precisión las
Fecha de servicio

firmas/notas que hice en mi calidad de _____ cuando traté/
Escriba las credenciales Ej. M.D.

diagnóstiqué al beneficiario de Medicare mencionado anteriormente. Por la presente doy fe de
que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender y entiendo
que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho material puede someterme a
responsabilidad administrativa, civil o penal.

Firma del Autor del Expediente Médico

Fecha

Para que se considere válida para fines de revisión médica de Medicare, el autor de la entrada en el expediente médico debe firmar y fechar la certificación. Los revisores no considerarán una certificación en la que no haya una entrada en el expediente médico asociada o cuando alguien distinto del autor de la entrada del expediente médico en cuestión firme esta declaración (incluso un socio en la misma grupo de práctica).