

# NOTI MEDICARE

Boletín Informativo  
del Intermediario Fiscal

Abril 2006 Año 12 Num.3

## TABLA DE CONTENIDO

### CUBIERTA

- Denegación de Facturas no sometidas a tiempo 3
- Servicios de Cernimiento para la Glaucoma 3
- Información sobre la Cubierta de Medicina Recetadas 3
- Servicios de Cuidado de Enfermería (Códigos 99304 - 99318) 3

### RECLAMACIONES

- Denegación de Facturas no sometidas a tiempo 4
- Fecha de Servicio de las Pruebas de Laboratorio 4
- Instrucciones para Informar el Nuevo Código para Presbiopia 4
- Revisión al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones 5
- Admisión de un paciente hospitalizado después de un alta o muerte 5
- Actualización Anual de los Códigos de Terapia 5
- Actualización de los códigos taxonómicos 5
- Modificación al listado de Inmunización en Masa (12X y 22X) 6
- Actualización de las facturas por códigos de categoría y estatus 6
- Pago de Facturas por transferencias el mismo día 7
- Actualización a las tarifas de pago por Servicios de Instituciones No-médicas Religiosas de Cuidado de Salud en el Hogar 7
- Nueva Tarifa de Pago para el 2006 por servicios pagados en un Medicare Physician Fee Schedule 8
- Actualización trimestral de Abril de 2006 para las tarifas de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suplidos (DMEPOS) 8
- Actualización a la versión 21.2 del Medicare Outpatient Code Editor (OCE) para hospitales que no están en un Sistema Pagos Prospectivos 8
- Especificaciones del OCE Versión 7.1 de Abril 2006 (OPPS OCE) 9

- Pago de facturas relacionadas con Power Mobility Device (PMD) 9
- Revisión del Documento adjunto a la Forma ANSI X12N 837 10
- Pago a los Centros Federales Cualificados de Salud (FQHCs) por servicios de entrenamiento de auto manejo de diabetes (DSMT) y Terapia Nutricional (MNT) 10
- Revisión al Manual de OPPS: Aclaración sobre la codificación y pago por la administración de drogas 11
- Actualización al Capítulo 24 (Requisitos de apoyo EDI) del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones Medicare para nuevas referencias de URL del Web de CMS 11
- Actualización de Abril al Medicare Physician Fee Schedule de 2006 11
- Actualización de Abril 2006 del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS): Resumen de Cambios de las Políticas de Pago 12
- Eliminación del uso de UPINs (OTH000) 12
- Aclaración sobre los requisitos de facturación para la Angioplastía Transluminal Percutanea (PTA) Concurrente 12
- Códigos para Factores Coagulantes de Hemofilia 13

### AUDITORIA Y REEMBOLSO

- Extensión de 31 días de los Informes de Costo de Hospital afectados por Sección 422 del Medicare Modernization Act (MMA) 14

### REVISION MEDICA

- Definiciones y requisitos de documentación para servicios de rehabilitación 14



# NOTI MEDICARE

April 2006 Year 12 Num.3

## TABLE OF CONTENTS

### COVERAGE

- Denial of Claims Not Timely Filed 3
- Glaucoma Screening Services 3
- Medicare Prescription Drug Coverage Information for Providers 3
- Nursing Facility Services (Codes 99304 – 99318) 3

### CLAIMS

- Denial of Claims Not Timely Filed 4
- Clinical Diagnostic Laboratory Date of Service 4
- Instructions for Reporting New HCPCS Code for Presbyopia 4
- Revision of Medicare Claims Processing Manual 5
- Inpatient Admission Followed by Discharge or Death Prior to Room Assignment 5
- Annual Update to the Therapy Code List 5
- Modification of Roster Billing for Mass Immunizers (12X and 22X) 6
- Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) Update 6
- Claim Status Category Code and Claim Status Code Update 6
- Payment of Same Day Transfer Claims 7
- Update to Payment Rates for Religious Nonmedical Health Care Institution Services Furnished in the Home, Calendar Year 2006 7
- New Payment Rate for Services Paid Under the Medicare Physician Fee Schedule 8
- April Quarterly Update for 2006 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule 8
- April 2006 Update to the Medicare Outpatient Code Editor (OCE) Version 21.2 for bills From Hospitals that are not paid Under the Outpatient Prospective Payment System (Non-OPPS) 8
- April 2006 Outpatient Prospective Payment System Code Editor (OPPS OCE) Specifications Version 7.1 9
- Payment for Power Mobility Device (PMD) Claims 9

- 2006 Revised ANSI X12N 837 Companion Document 10
- Payment of Federally Qualified Health Centers (FQHCs) for diabetes self-management training services (DSMT) and medical nutrition therapy (MNT) services 10
- Hospital OPPS Manual Revision: Clarification of Coding and Payment for Drug Administration 11
- Update to Chapter 24 (EDI Support Requirements) of the Medicare Claims Processing Manual to Show New CMS Web Site URL References 11
- April Update to the 2006 Medicare Physician Fee Schedule Database 11
- April 2006 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes 12
- The Elimination of the Use of UPINs (OTH000) 12
- Clarification on Billing Requirements for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) Concurrent 12
- HCPCS code for Hemophilia Clotting Factors 13

### AUDITS & REIMBURSEMENT

- 31-day Extension of Hospital Cost Reports Affected by Section 422 of MMA 14

### MEDICAL REVISION

- Definitions and Documentation Requirements for Rehabilitation Services 14



### Board of Editors

Alba Cosme  
Ada L. Vélez Mass  
Sandra Peña

**CUBIERTA****ADENEGACIÓN DE FACTURAS NO SOMETIDAS A TIEMPO****CR 4041**

Si un proveedor no somete una factura dentro del tiempo límite estipulado por el Programa Medicare no se considera como una determinación inicial y no es apelable.

Para obtener mas información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

**SERVICIOS DE CERNIMIENTO PARA LA GLAUCOMA****CR 4365**

La cubierta para los servicios de glaucoma en beneficiarios considerados como alto riesgo ha sido ampliada para cubrir a hispanos de 65 años o más.

Un artículo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**INFORMACIÓN SOBRE LA CUBIERTA DE MEDICINA RECETADAS****JSM 06312**

Nuevo! Visite [www.cms.hhs.gov/center/provider.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/provider.asp) y obtenga más información sobre las “Herramientas de la Parte D para los Profesionales del Cuidado de la Salud” y una lista comprensiva de los enlaces de recursos para los proveedores en la cubierta de medicinas recetadas de Medicare. Estos recursos pueden ayudar a los proveedores y al personal de oficina acceder los números de teléfono directos del personal para la determinación de cubierta en un plan de medicamentos, así como también obtener un modelo de las formas que ayudarían agilizar el proceso. Además, una hoja nueva y otros productos educativos para la comunidad de proveedores, está disponible ahora en: [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/23\\_drugcoverage.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/23_drugcoverage.asp) en el Website de CMS.

**SERVICIOS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA (CÓDIGOS 99304 - 99318)****CR 4246**

Esta instrucción identifica cuándo utilizar los códigos de servicios de enfermería correctamente. También trata los temas de las visitas médicamente necesarias, los servicios “incident to”, los servicios prolongados y otros servicios time-related, servicios de evaluación y manejo (split/shared), las visitas en brigadas, y los servicios de manejo del alta en SNF/NF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4246.pdf>

**COVERAGE****DENIAL OF CLAIMS NOT TIMELY FILED****CR 4041**

A determination that a provider or supplier failed to submit a claim timely or failed to submit a timely claim despite being requested to do so by the beneficiary or the beneficiary’s subrogee is not an initial determination and is not appealable.

To obtain more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

**GLAUCOMA SCREENING SERVICES****CR 4365**

Medicare coverage for glaucoma screening for certain beneficiaries considered to be at high-risk is being expanded to cover Hispanic Americans age 65 or over.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE INFORMATION FOR PROVIDERS****JSM 06312**

NEW! Visit [www.cms.hhs.gov/center/provider.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/provider.asp) and scroll down to “Part D Tools for Health Care Professionals” for a comprehensive list of links to agency-wide resources for providers on Medicare Rx coverage. These resources can help providers and office staff access direct phone numbers to a Medicare drug plan’s coverage determination staff, as well as obtain model forms that will help speed the process. Additionally, a new fact sheet, as well as other educational products for the FFS community, is now available at [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/23\\_drugcoverage.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/23_drugcoverage.asp) on the CMS website.

**NURSING FACILITY SERVICES (CODES 99304 - 99318)****CR 4246**

This instruction identifies when to correctly use the codes. The transmittal also addresses federally mandated and medically necessary visits, “incident to” services, prolonged services and other time-related services, split/shared E/M services, gang visits, and the SNF/NF discharge day management services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4246.pdf>

**RECLAMACIONES****DENEGACIÓN DE FACTURAS NO SOMETIDAS A TIEMPO****CR 4041**

Si un proveedor no somete una factura dentro del tiempo límite estipulado por el Programa Medicare no se considera como una determinación inicial y no es apelable.

Para obtener más información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

**FECHA DE SERVICIO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO****CR 4156**

La siguiente instrucción implanta la política revisada de la fecha de servicio para las pruebas de laboratorio. También aclara lo que es o no es un espécimen archivado. Esta política revisada fue publicada en el Federal Register el 25 de febrero de 2005.

La política de la fecha de servicio para las pruebas de laboratorio se define como sigue:

- **Regla General:** La fecha de servicio (DOS: Date of Service) de la prueba será la fecha en que el espécimen fue obtenido.
- **Variación:** Si un espécimen se obtiene en un período de dos días calendario, entonces el DOS será la fecha en que el terminó el recogido.
- **Excepción:** Si un espécimen fue almacenado por más de 30 días calendario antes de hacerle pruebas (conocida de otra manera como "espécimen archivado"), el DOS de la prueba será la fecha en que el espécimen fue obtenido de almacenaje.

Un artículo de educación del proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**INSTRUCCIONES PARA INFORMAR EL NUEVO CÓDIGO PARA PRESBIOPIA****CR 4184**

Efectivo el 1 de enero de 2006 el nuevo código V2788 (Presbyopia-correcting function of an intraocular lens) fue establecido para informar los cargos no cubiertos asociados con la inserción del lente correctivo para la presbipia. Los proveedores, hospitales y Centros de Cirugía Ambulatoria deben utilizar este código en facturas que reflejen los cargos para la inserción del lente correctivo cuando está insertado en lugar de un lente intraocular correctivo convencional subsiguiente a la cirugía para quitar un lente con cataratas.

Un artículo educativo para el proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**CLAIMS****DENIAL OF CLAIMS NOT TIMELY FILED****CR 4041**

A determination that a provider or supplier failed to submit a claim timely or failed to submit a timely claim despite being requested to do so by the beneficiary or the beneficiary's subrogee is not an initial determination and is not appealable.

To obtain more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

**CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY DATE OF SERVICE****CR 4156**

The following instruction implements the revised date of service (DOS) policy for laboratory tests. It also clarifies what is/or is not an archived specimen. This revised policy was issued by a Federal Register notice dated February 25, 2005.

The date of service policy for laboratory tests is as follows:

- **General Rule:** The DOS of the test shall be the date the specimen was collected.
- **Variation:** If a specimen is collected over a period that spans two calendar days, then the DOS shall be the date the collection ended.
- **Exception:** If a specimen was stored for more than 30 calendar days before testing (otherwise known as "an archived specimen"), the DOS of the test shall be the date the specimen was obtained from storage.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**INSTRUCTIONS FOR REPORTING NEW HCPCS CODE FOR PRESBIOPIA****CR 4184**

Effective for dates of service on and after January 1, 2006, new HCPCS code V2788 (Presbyopia-correcting function of an intraocular lens) is being established for reporting non-covered charges associated with the insertion of a presbyopia-correcting lens. Providers, hospitals and ASCs may report this code on claims to reflect those charges for the P-C IOL when inserted in lieu of a conventional IOL subsequent to surgery to remove a cataractous lens.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>



## REVISIÓN AL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES

CR 4193

CMS está realizando cambios a su infraestructura de información y tecnología para las investigaciones de elegibilidad del beneficiario de Medicare. Esto creará la base de datos y la infraestructura necesaria para proveer una investigación centralizada y respuestas correctas de la elegibilidad del beneficiario en cumplimiento con la Ley HIPAA (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Un artículo de educación del proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

## ADMISIÓN DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO DESPUÉS DE UN ALTA O MUERTE

CR 4202

El Manual para el Procesamiento de Reclamaciones (Publicación 100-04, Capítulo 3, Sección 40.2.2) ha sido revisado para establecer que un paciente de hospital es considerado un paciente interno basado en la emisión de la orden escrita del médico. Si un paciente se le asigna un cuarto, pero muere o es dado de alta antes de que la gestión sea completada, el hospital puede facturar el cargo del cuarto.

A los hospitales no se les exige incluir en la factura el cargo del cuarto, pero el no hacerlo puede tener un impacto mínimo en los cálculos futuros del DRG.

Para obtener más información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4202.pdf>

## ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS DE TERAPIA

CR 4226

La siguiente información describe los cambios y las instrucciones de facturación para las políticas de pago por los servicios de terapia de rehabilitación, incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje. Esta instrucción actualiza la lista de códigos que describe los servicios de terapia y sus políticas asociadas.

Un artículo de educación del proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4226.pdf>

## REVISION OF MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL

CR 4193

CMS is making changes to its Information Technology infrastructure to address standards for Medicare beneficiary eligibility inquiries. This approach will create the necessary database and infrastructure to provide a centralized Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) compliant 270/271 health care eligibility inquiry and response in real-time.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

## INPATIENT ADMISSION FOLLOWED BY DISCHARGE OR DEATH PRIOR TO ROOM ASSIGNMENT

CR 4202

The Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04, Chapter 3, and Section 40.2.2) has been revised and directs that a patient of a hospital is considered an inpatient upon issuance of written doctor's orders to that effect. If a patient either dies or is discharged prior to being assigned and/or occupying a room, a hospital may enter an appropriate room and board charge on the claim. Hospitals are not required to enter a room and board charge, but failure to do so may have a minimal impact on future DRG weight calculations.

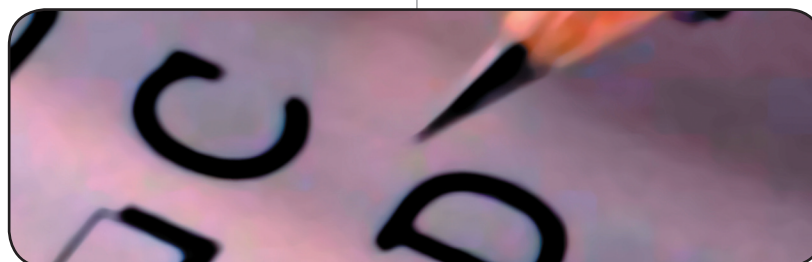
To obtain more information you can access: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4202.pdf>

## ANNUAL UPDATE TO THE THERAPY CODE LIST

CR 4226

This change request describes changes to, and billing instructions for, payment policies for rehabilitation therapy services, including physical therapy, occupational therapy and speech-language pathology. This instruction updates the list of codes that sometimes or always describe therapy services and their associated policies.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4226.pdf>



**MODIFICACIÓN AL LISTADO DE INMUNIZACIÓN EN MASA (12X Y 22X)**

**CR 4242**

El proceso actual de facturación de inmunización en masa por servicios a pacientes hospitalizados con Parte B, facturados con el TOBs 12X y 22X no requiere información adicional de los datos que son asignados por mandato del Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Esta instrucción actualiza la facturación de inmunización en masa para incluir los datos asignados por mandato de la ley HIPAA.

**ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS TAXONÓMICOS**

**CR 4254**

Intermediarios, Carriers y Agencias de Equipo Médico deben obtener la lista más reciente que incluye los códigos taxonómicos para el nuevo año.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ACTUALIZACIÓN DE LAS FACTURAS POR CÓDIGOS DE CATEGORÍA Y ESTATUS**

**CR 4256**

Los contratistas de CMS deben cumplir con los requisitos de la versión 004010X093A1 ASC X12 276/277 que se encuentra en las Guías de Implantación y deben utilizar el conjunto de códigos incluidos en el formato 277.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**MODIFICATION OF ROSTER BILLING FOR MASS IMMUNIZERS (12X AND 22X)**

**CR 4242**

The current roster billing process for mass immunizers billing inpatient Part B services utilizing TOBs 12X and 22X does not require the reporting of additional data elements that are mandated by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). As a result this instruction updates the roster billing to include the HIPAA mandated data elements.

**HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) UPDATE**

**CR 4254**

Intermediaries, Carriers, and DMERCs must obtain the most recent Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) list and use it to update their internal HPTC tables.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE**

**CR 4256**

CMS' Medicare contractors must comply with the requirements contained in the version 004010X093A1 ASC X12 276/277 Implementation Guide and must use valid Claim Status Category Codes and Claim Status Codes when sending 277 responses.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>



**PAGO DE FACTURAS POR TRANSFERENCIAS EL MISMO DÍA**

**PAYMENT OF SAME DAY TRANSFER CLAIMS**

**CR 4264**

**CR 4264**

La siguiente instrucción explica cómo se procesarán las facturas de facilidades psiquiátricas por el servicio de transferencia el mismo día, suspendidas desde el 1 de enero de 2005. Esta instrucción también aclara las políticas relacionadas con el cálculo de la equidad de impuesto y el límite de responsabilidad fiscal para las facilidades psiquiátricas en hospitales de acceso crítico para el año 1999 a 2002, y la categoría de comorbilidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Para más información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

The following instruction explain how to process same day transfer IPF claims which have been suspended since January 1, 2005. The CR also clarifies policies related to the calculation of the Tax Equity and Fiscal Responsibility Act limit for IPFs in critical access hospitals for FYs 1999 through 2002, and the comorbidity category, chronic obstructive pulmonary disease.

For more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

**ACTUALIZACIÓN A LAS TARIFAS DE PAGO POR SERVICIOS DE INSTITUCIONES NO-MÉDICAS RELIGIOSAS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR**

**UPDATE TO PAYMENT RATES FOR RELIGIOUS NONMEDICAL HEALTH CARE INSTITUTION SERVICES FURNISHED IN THE HOME, CALENDAR YEAR 2006**

**CR 4265**

**CR 4265**

Esta instrucción provee las tarifas por servicios de salud en el hogar para cada una de las instituciones religiosas enlistadas en el programa de Medicare.

This instruction provides the home health visit rates for each of the Religious Nonmedical Health Care Institutions enrolled in the Medicare program.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R809CP.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R809CP.pdf>

**Facility Specific Per-Visit Rates for RNHCI Nursing Services for Services Provided in Calendar Year 2006.**

Facility CBSA Area	2006 Wage Index Value	Facility Wage-Adjusted Labor Portion	Facility Non-Labor Portion	Total Facility Per-Visit Rate
14484	1.1368	32.13	8.55	40.68
50196	1.0606	29.97	8.55	38.52
17460	0.9198	25.99	8.55	34.54
50204	0.9867	27.88	8.55	36.43
50207	1.0217	28.87	8.55	37.42
50211	1.0723	30.30	8.55	38.85
33460	1.1075	31.30	8.55	39.85
31084	1.1783	33.30	8.55	41.85
33340	1.0146	28.67	8.55	37.22
50287	1.3326	37.66	8.55	46.21
36740	0.9464	26.75	8.55	35.30
41740	1.1413	32.25	8.55	40.80
41884	1.4994	42.37	8.55	50.92
42644	1.1572	32.70	8.55	41.25
47894	1.0951	30.95	8.55	39.50
45300	0.9233	26.09	8.55	34.64
41180	0.8958	25.32	8.55	33.87
50244	0.9893	36.42	8.55	44.97

**NUEVA TARIFA DE PAGO PARA EL 2006 POR SERVICIOS PAGADOS EN UN MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE**

**CR 4313**

El propósito de esta instrucción es anunciar el cambio a las nuevas tarifas de pago para el 2006 y dar la guía a los contratistas para volver a procesar aquellas reclamaciones pagadas en la tarifa negativa del 4.4 por ciento. Los contratistas han recibido ya los nuevos archivos de tarifas de modo que la prueba pueda ser realizada. Estos archivos estuvieron disponibles desde el 4 de enero de 2006. Los contratistas necesitarán implantar estos archivos y comenzar a procesar reclamaciones dentro de 2 días laborales a partir de la promulgación de ésta Ley. Mantendremos informados a los contratistas con relación a cuándo la legislación es decretada.

Un artículo educativo para el proveedor está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4313.pdf>

**ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE ABRIL DE 2006 PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROSTÉTICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS (DMEPOS)**

**CR 4335**

Esta notificación provee las instrucciones específicas relacionadas a la actualización trimestral de las tarifas de DMEPOS. El pago basado en tarifas es requerido para Equipo Médico Duradero (DME), prótesis, ortóticos, próstéticos y vendajes quirúrgicos por las Secciones 1834 (a), (h) (i) del Acta de Seguro Social.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4335.pdf>

**ACTUALIZACIÓN A LA VERSIÓN 21.2 DEL MEDICARE OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) PARA HOSPITALES QUE NO ESTÁN EN UN SISTEMA PAGOS PROSPECTIVOS**

**CR 4359**

El OCE se actualizó con nuevos cambios en códigos. Este OCE es utilizado para procesar facturas de hospital que no se reembolsan en el sistema de pagos prospectivos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R886CP.pdf>

**NEW PAYMENT RATE FOR SERVICES PAID UNDER THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE**

**CR 4313**

The purpose of this instruction is to announce the change to the new 2006 MPFS rates and give guidance to contractors on reprocessing of those claims paid at the negative 4.4 percent rate. Contractors have already received the new physician fee schedule files so that testing could be accomplished. These files were made available on January 4, 2006. Contractors will need to implement these files and begin processing claims within 2 business days of enactment. We will keep contractors advised regarding if and when the legislation is enacted.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4313.pdf>

**APRIL QUARTERLY UPDATE FOR 2006 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE**

**CR 4335**

This notification provides specific instructions regarding the April quarterly update for the 2006 DMEPOS fee schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by sections 1834(a), (h), and (i) of the Social Security Act.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4335.pdf>

**APRIL 2006 UPDATE TO THE MEDICARE OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) VERSION 21.2 FOR BILLS FROM HOSPITALS THAT ARE NOT PAID UNDER THE OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (NON-OPPS)**

**CR 4359**

The Non-OPPS OCE has been updated with any new additions, changes, and deletions to Healthcare Common Procedure Coding System/Current Procedural Terminology (HCPCS/CPT) codes. This OCE is used to process bills from hospitals not paid under the OPPS.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R886CP.pdf>





**ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSIÓN 7.1 DE ABRIL 2006 (OPPS OCE)**

**CR 4360**

Esta instrucción es para informar que el OPSS OCE para Abril de 2006 ha sido revisado y actualizado con las nuevas adiciones, cancelaciones y cambios.

Un artículo educativo relacionado a esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/2006Trans/downloads/MM4360.pdf>

**PAGO DE FACTURAS RELACIONADAS CON POWER MOBILITY DEVICE (PMD)**

**CR 4372**

La siguiente información contiene las instrucciones para los DMERC y "Contratistas" para Salvaguardar el Programa (PSC) con respecto a las facturas de PMD recibidas entre el 1 de enero de 2006 al 1 de abril de 2006. Estas facturas de PMD son pagadas si satisfacen los requisitos de la sección 1834(a)(1)(E)(iv) del Acta de Seguro Social. Los Carriers e Intermediarios Fiscales deben retener las facturas que contienen el código G0372 hasta 31 de marzo de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4372.pdf>



**APRIL 2006 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM CODE EDITOR (OPPS OCE) SPECIFICATIONS VERSION 7.1**

**CR 4360**

This instruction is to inform the Fiscal Intermediaries that the April 2006 Outpatient Prospective Payment System Outpatient Code Editor (OPSS OCE) specifications have been updated with new additions, deletions, and changes.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/2006Trans/downloads/MM4360.pdf>

**PAYMENT FOR POWER MOBILITY DEVICE (PMD) CLAIMS**

**CR 4372**

Instructions to the DMERC and/or DME Program Safeguard Contractors (PSC) regarding PMD claims received on January 1, 2006 through April 1, 2006. These PMD claims are paid if they satisfy the requirements of section 1834(a)(1)(E)(iv) of the SSA. Carriers and fiscal intermediaries shall hold claims containing G0372 through March 31, 2006

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4372.pdf>



**REVISIÓN DEL DOCUMENTO ADJUNTO A LA FORMA ANSI X12N 837**

**CR 4379**

Una revisión del documento adjunto a la Forma 837 es provista debido a las actualizaciones en la versión actual y la necesidad de adiciones para el identificador nacional único (NPI). Este documento adjunto es un sistema de declaraciones, que suplementa la guía de implementación institucional X12 837 y aclara las expectativas del contratista de Medicare con respecto al sometimiento, procesamiento y adjudicación de datos. La información en la guía adjunta no puede contradecir ningún otro artículo en el documento adjunto o guía de implantación institucional X12N 837.

Las descripciones proporcionadas en la guía son:

- (R) Requerido = los Intermediarios tienen que incluir este idioma en su documento adjunto.
- (S) Circunstancial = los RHHIs tienen que incluir este idioma en su documento adjunto.
- (R/O) Selección requerida = los Intermediarios deben elegir una lista de las declaraciones proporcionadas. Las opciones serán identificadas (a) o (b) para indicar las opciones de cada declaración. Los Intermediarios deben seleccionar el idioma que es aplicable a la situación de negocio.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4379.pdf>

**PAGO A LOS CENTROS FEDERALES CUALIFICADOS DE SALUD (FQHCs) POR SERVICIOS DE ENTRENAMIENTO DE AUTO MANEJO DE DIABETES (DSMT) Y TERAPIA NUTRICIONAL (MNT)**

**CR 4385**

Efectivo para servicios provistos a partir del 1 de enero de 2006, los FQHCs que son certificados para proveer los servicios de DSMT y de MNT recibirán pagos por el servicio. Es decir, si cumplen con todos los requisitos relevantes del programa, estos servicios serán incluidos bajo los beneficios de FQHC como visitas facturables.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4385.pdf>

**2006 REVISED ANSI X12N 837 COMPANION DOCUMENT**

**CR 4379**

A revised 837 Institutional companion document is provided due to updates needed in the current version and the need for additions for the National Provider Identifier (NPI). This companions document is a set of statements, which supplements the X12 837 Institutional Implementation Guide and clarifies Medicare contractor expectations regarding data submission, processing, and adjudication. Information in a companion guide may not contradict any other items in the companion document or X12N 837 Institutional implementation guide.

The descriptions provided in the Companion Guide are:

- (R) Required = Intermediaries must include this language in your companion document.
- (S) Situational = RHHIs must include this language in their companion document.
- (R/O) Selection Required = Intermediaries must choose one statement from the list of the statements provided. The choices will be labeled either (A) or (B) to identify the portions for each statement. Intermediaries should select the language that is applicable to the business situation.

A provider educational article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4379.pdf>

**PAYMENT OF FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs) FOR DIABETES SELF-MANAGEMENT TRAINING SERVICES (DSMT) AND MEDICAL NUTRITION THERAPY (MNT) SERVICES**

**CR 4385**

Effective for services furnished on or after January 1, 2006, FQHCs that are certified to furnish DSMT and MNT services can receive per visit payments for such covered services. In other words, if all relevant program requirements are met, these services are included under the FQHC benefit as billable visits.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4385.pdf>



## REVISIÓN AL MANUAL DE OPPS: ACLARACIÓN SOBRE LA CODIFICACIÓN Y PAGO POR LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

CR 4388

La revisión del manual que aclara las políticas de pago por los servicios de administración de drogas en un sistema de pagos prospectivos ambulatorios (OPPS) fueron actualizadas efectivo al 1 de enero de 2006.

A fin de apoyar los esfuerzos continuos del hospital por implantar conceptos correctos de codificación por los servicios de administración de drogas, las políticas existentes han sido aclaradas en la publicación 100-04 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 4, Sec. 230.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R902CP.pdf>

## ACTUALIZACIÓN AL CAPÍTULO 24 (REQUISITOS DE APOYO EDI) DEL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES MEDICARE PARA NUEVAS REFERENCIAS DE URL DEL WEB DE CMS

CR 4398

La página electrónica de [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) ha sido rediseñado completamente. El nuevo sitio en la red emplea un diseño de uso fácil para visitantes. Esta instrucción actualiza los URL que están actualmente en el capítulo 24 y los reemplaza o remueve si los mismos ya no aplican.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4398.pdf>

## ACTUALIZACIÓN DE ABRIL AL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DE 2006

CR 4399

El archivo de pagos fue presentado a los Carriers basados en la regla final del Medicare Physician Fee Schedule del 21 de noviembre de 2005. Esta solicitud de cambio enmienda esos archivos de pago e incluye los nuevos códigos "G" para el Proyecto Demostrativo de Rehabilitación de la Visión y los nuevos códigos de la categoría II 3046F al 3050F y 3076F al 3080F.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R897CP.pdf>

## HOSPITAL OPPS MANUAL REVISION: CLARIFICATION OF CODING AND PAYMENT FOR DRUG ADMINISTRATION

CR 4388

The manual revision clarify payment policies for drug administration services furnished under the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) that were updated effective January 1, 2006.

In order to support continued hospital implementation efforts of correct coding concepts for drug administration services, CMS is adding clarifying language to existing policies in Pub. 100-04 Medicare Claims Processing Manual, Chapter 4, §230.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R902CP.pdf>

## UPDATE TO CHAPTER 24 (EDI SUPPORT REQUIREMENTS) OF THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL TO SHOW NEW CMS WEB SITE URL REFERENCES

CR 4398

The [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) website has been completely redesigned. The new website employs a user-friendly design to get visitors the information they need with the least amount of clicks. This instructions updates the URL's that are currently in Chapter 24 and replaces them with the new URL's or removes them if they no longer apply.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4398.pdf>

## APRIL UPDATE TO THE 2006 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

CR 4399

Payment files were issued to Carriers based upon the November 21, 2005, Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. This Change Request amends those payment files and includes new G-codes for the Low Vision Rehabilitation Demonstration Project and new Category II codes 3046F through 3050F and 3076F through 3080F

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R897CP.pdf>



**ACTUALIZACIÓN DE ABRIL 2006 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS): RESUMEN DE CAMBIOS DE LAS POLÍTICAS DE PAGO**

**CR 5011**

Esta notificación describe los cambios al Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS) implantados en la actualización de abril de 2006. El Outpatient Code Editor (OCE) y OPPS PRICER reflejan las adiciones y los cambios relacionados a los HCPCS y al sistema de APC.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ELIMINACIÓN DEL USO DE UPINS (OTH000)**

**CR 5019**

Actualmente, se les permite a los proveedores de equipo médico duradero, a los médicos y a los profesionales de salud no médicos facturar por servicios diagnósticos, de radiología, de consulta y equipo con los números de identificación únicos sustitutos de médico (UPIN).

A través del CR 4177 se orientó a los Contratistas a no aceptar el UPIN sustituto (OTH000) en facturas de Medicare sometidas por proveedores, médicos y profesionales de salud no médicos. CMS dejó sin efecto el CR 4177 debido al gran impacto adverso que esta instrucción provoca en los proveedores que facturan al programa. Los contratistas pueden continuar utilizando los UPINs sustitutos (OTH000) para facturas sometidas y otros propósitos internos.

La Sección 1833(q) del Acta del Seguro Social requiere que todos los médicos que conocen la §1861(r) deben tener un UPIN y todas las reclamaciones por servicios ordenados o referidos por uno de estos médicos incluya los nombres y el UPINs del médico que ordena ó refiere.

**ACLARACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LA ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (PTA) CONCURRENTE**

**CR 5022**

La siguiente información provee instrucciones para modificar la fecha en los Reason Codes 32087 y 32811, modificar la “aprobación” en el editaje de la facilidad para no aplicar la categoría B IDE y la post-aprobación de facturas por estudios. En adición, instrucciones para remover el código de procedimiento 37216 de la lista de códigos cubiertos para el CAS con protección embólica.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf>

**APRIL 2006 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES**

**CR 5011**

This Notification describes changes to the OPPS implemented in the April 2006 OPPS update. The April 2006 OPPS Outpatient Code Editor (OCE) and OPPS PRICER reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), and Ambulatory Payment Classification (APC) additions, changes, and deletions identified in this notification.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**THE ELIMINATION OF THE USE OF UPINS (OTH000)**

**CR 5019**

Currently, durable medical equipment suppliers, physicians and non-physician practitioners are allowed to bill for diagnostic, radiology, consultation services and equipment with the use of Surrogate Unique Physician Identification Numbers (UPIN).

CR 4177 directed contractors to no longer accept the Surrogate UPIN (OTH000) on Medicare claims submitted by billers, suppliers, physicians and non-physician practitioners. CMS is rescinding CR 4177 due to the potential for adverse impact to providers billing the program. Contractors can continue to use Surrogate UPINs OTH000 for submitted claims and other internal purposes.

Section 1833(q) of the Social Security Act requires that all physicians that meet the §1861(r) definition of a physician must have a UPIN and all claims for services ordered or referred by one of these physicians include the names and UPINs of the ordering/referring physician.

**CLARIFICATION ON BILLING REQUIREMENTS FOR PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) CONCURRENT**

**CR 5022**

The following information provides instructions to modify the date drivers in Reason Code 32087 and 32811, modify the “approval” facility edit to not apply to Category B IDE and post-approval study claims and remove procedure code 37216 from the list of covered procedure codes for CAS with embolic protection.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf>



**CÓDIGOS PARA FACTORES COAGULANTES DE HEMOFILIA**

**JSM 06160/4311**

El Comité de HCPCS del Centro de Servicios para Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) cambió dos de los códigos para factores coagulantes de hemofilia con la actualización de HCPCS del 1 de enero de 2006. Efectivo el 1 de enero de 2006, los siguientes cambios en códigos aplican:

Código Anterior	Código de Reemplazo	Nombre del Factor
Q0187	J7189	Factor VIIA, antihemophilic factor, recombinant, per 1 microgram
Q2022	J7188	Von Willebrand factor complex, human, IU

El Sistema FISS no realizará estos cambios hasta el 6 de marzo de 2006. Hasta ese momento CMS está solicitando a los proveedores que omitan el facturar los códigos J en las facturas de hospitalización. Una vez el sistema haya sido actualizado los proveedores deben someter una nueva factura que incluya los códigos J. En ese momento, el Intermediario Fiscal podrá procesar las facturas en con estos códigos y pagar correctamente.

Si el proveedor lleva a cabo estas instrucciones, podrá recibir el pago para el DRG y HIPPS correspondiente en facturas de hospitalización. Luego que el sistema se actualice para aceptar y calcular el pago de los códigos J, el Intermediario le indicará que resomete las facturas de hospitalización con fechas de alta desde el 1 de enero de 2006 y que contengan códigos de factor coagulante para hemofilia.

**HCPCS CODE FOR HEMOPHILIA CLOTTING FACTORS**

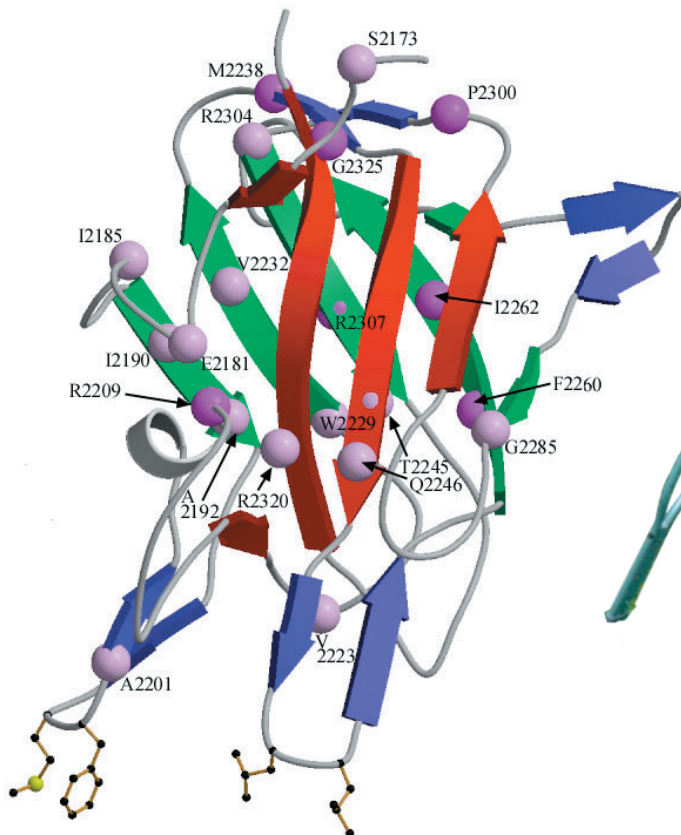
**JSM 06160/4311**

The Centers for Medicare and Medicaid Services' (CMS) HCPCS Committee changed two of the codes for hemophilia clotting factors with the January 1, 2006 HCPCS update. Effective January 1, 2006, the following coding changes are effective:

Old codes	Replacement Code	Name of factor
Q0187	J7189	Factor VIIA, antihemophilic factor, recombinant, per 1 microgram
Q2022	J7188	Von Willebrand factor complex, human, IU

These coding changes are in place for January 1, 2006. The Fiscal Intermediary Shared System (FISS) will not be able to accommodate these changes until March 6, 2006. Until then, CMS is asking providers to omit these new J codes from inpatient hospital claims. Once the system has been appropriately updated, we ask that providers submit a new claim that includes the subject J codes. At that time, the FIs will be able to process claims for these HCPCS codes and make payment.

By doing this, the hospitals will be able to receive payment for the relevant DRGs and HIPPS codes for the inpatient stay. After the system has been updated to accept and calculate payment on these J codes, your FI will inform you to resubmit the inpatient claims with discharge dates on and after January 1, 2006 that contain the mentioned hemophilia clotting factor codes.



**AUDITORIA Y REEMBOLSO****EXTENSIÓN DE 31 DÍAS DE LOS INFORMES DE COSTO DE HOSPITAL AFECTADOS POR SECCIÓN 422 DEL MEDICARE MODERNIZATION ACT (MMA)****JMS 06300**

Se les requiere a los proveedores someter el informe de costos anualmente o antes del último día del quinto mes que sigue al cierre del período cubierto por el informe de costo.

Hay cambios significativos en el informe de costo de hospital debido a la implantación de la sección 422 del Acta de Modernización y Mejoramiento (MMA) para medicamentos recetados que se ocupa de la redistribución de posiciones de internos y residentes. Esto es efectivo para servicios que comienzan del 1 de julio de 2005 en adelante.

El primer período del informe de costo afectado significativamente por estos cambios, son los de proveedores con cierre de año fiscal el 30 de septiembre de 2005, cuyos informes de costo deben ser sometidos antes del 28 de febrero de 2006.

Debido a la complejidad de la disposición, del tiempo requerido para prueba y aprobar los sistemas electrónicos del vendedor con los cambios al informe de costos incorporados, no habría suficiente tiempo para los proveedores someter informes de costo antes del 28 de febrero de 2006. Por lo tanto, una extensión de la fecha del informe de costo de 31 días ha sido concedida hasta el 31 de marzo de 2006, sólo para aquellos hospitales de enseñanza (teaching hospitals) los cuales son afectados por la redistribución de las posiciones de internos y residentes.

**REVISION MEDICA****DEFINICIONES Y REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN PARA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN****A. Definiciones y aclaraciones**

A continuación se definen y aclaran algunos términos usados en el Manual de Medicare (Medicare Benefit Policy Manual) secciones 220 y 230:

1. **EL ESTIMADO** (assessment) está incluido en los servicios o procedimientos y no se paga por separado (distinto al estimado descrito en el CPT, Current Procedural Terminology, por ejemplo para el código 97755, Assistive Technology Assessment, que puede ser reembolsable). El estimado requiere destreza profesional para recopilar datos mediante observación y preguntas al paciente y puede incluir pruebas objetivas limitadas y medición para hacer juicios clínicos respecto a la condición(es) del paciente. El estimado determina, por ejemplo cambios en la condición del paciente desde su última visita o día de tratamiento, y si el procedimiento o servicio planificado debe ser modificado. Basándose en este estimado, el profesional puede hacer un juicio respecto al progreso hacia las metas y/o determinar si se necesita una evaluación o reevaluación más completa (ver definiciones más adelante). Los estimados semanales de rutina respecto al progreso esperado de acuerdo al plan establecido no son reembolsables como reevaluaciones.

2. **La CERTIFICACION** constituye la aprobación del plan de

**AUDITS & REIMBURSEMENT****31-DAY EXTENSION OF HOSPITAL COST REPORTS AFFECTED BY SECTION 422 OF MMA****JSM 06300**

In accordance with 42 CFR 413.24(f)(2)(i), providers are required to file cost reports on an annual basis on or before the last day of the fifth month following the close of the period covered by the cost report.

There have been significant changes to the hospital cost report due to the implementation of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) section 422 dealing with the redistribution of intern and resident positions effective for services beginning on or after July 1, 2005.

The first cost reporting period significantly affected by these changes are providers with September 30, 2005 fiscal year end, whose cost reports are due to be filed by February 28, 2006.

Due to the complexity of the provision and the time required to test and approve electronic cost report vendor systems implementing these cost report changes, there will not be sufficient time for providers to file cost reports by February 28, 2006 due date. Therefore, a 31 day cost report due date extension was granted to March 31, 2006, only for those teaching hospitals which are affected by the redistribution of intern and resident positions.

**MEDICAL REVISION****DEFINITIONS AND DOCUMENTATION REQUIREMENTS FOR REHABILITATION SERVICES****A. Definitions**

The following defines terms used in the Medicare Benefit Policy Manual sections 220 and 230:

1. **ASSESSMENT** is included in services or procedures and is not separately payable (as distinguished from Current Procedural Terminology (CPT) codes that specify assessment, e.g., 97755, Assistive Technology Assessment which may be payable). Assessment requires professional skill to gather data by observation and patient inquiry and may include limited objective testing and measurement to make clinical judgments regarding the patient's condition(s). Assessment determines, e.g., changes in the patient's status since the last visit/treatment day and whether the planned procedure or service should be modified. Based on these assessment data, the professional may make judgment about progress toward goals and/or determine that a more complete evaluation or re-evaluation (see definitions below) is indicated. Routine weekly assessments of expected progression in accordance with the plan are not payable as re-evaluations.

2. **CERTIFICATION** is the physician's / nonphysician practitioner's (NPP) approval of the plan of care.

cuidado por el médico.

3. **EPISODIO** de terapia ambulatoria – Para propósitos de la cubierta de terapia, un episodio de terapia ambulatoria se define como el periodo de tiempo, en días de tratamiento, que comprende desde el encuentro inicial del paciente para su condición actual hasta el último día de servicio para ese plan de cuidado. Durante el episodio, el beneficiario puede ser tratado para más de una condición; incluyendo condiciones que se originan después de comenzado el episodio. (Ej. Un beneficiario que recibe terapia física (PT) por dolor en la espalda baja el cual luego sufre una fractura de cadera como consecuencia de una caída).

4. **La EVALUACION** constituye un servicio comprensivo, que se paga por separado, provisto por el clínico, el cual requiere destrezas profesionales para hacer juicios clínicos sobre condiciones para las cuales los servicios están indicados basados en medidas objetivas y evaluaciones subjetivas de la ejecución y habilidades funcionales del paciente. La evaluación se justifica, por ejemplo, para un nuevo diagnóstico o cuando la condición se trata en un nuevo escenario. Estos juicios evaluativos son esenciales en el desarrollo del plan de cuidado, incluidas las metas y la selección de intervenciones. El tiempo empleado en la evaluación no cuenta además como tiempo de tratamiento.

5. **La REEVALUACION** provee información objetiva adicional no incluida en otra documentación. La reevaluación se paga separadamente y está periódicamente indicada durante un episodio de cuidado cuando el estimado profesional revela una mejoría, deterioro o cambio significativo en la condición o estado funcional del paciente que no se anticipaba en el plan de cuidado para ese intervalo. Aunque algunas reglamentaciones y leyes estatales de práctica requieren de una reevaluación a intervalos específicos, para propósitos de pago de Medicare, las reevaluaciones tienen que cumplir con las guías de cubierta de Medicare. La decisión de proveer una reevaluación debe ser realizada por un profesional clínico.

6. **INTERVALO** de tratamiento consiste de 1 mes o 30 días calendario de tratamiento.

7. **PROFESIONALES DE SALUD NO MÉDICOS (NPP**, por sus siglas en inglés) significa asistentes médicos, enfermeras clínicas especializadas y enfermeras practicantes (nurse practitioners) los cuales podrían, proveer, certificar o supervisar los servicios de terapia, siempre y cuando las leyes locales y del estado lo permiten y se cumplan las reglas apropiadas.

8. **MEDICO** con respecto a servicios ambulatorios de rehabilitación significa doctor en medicina, osteopatía (incluye practicante osteopático), podiatría u optometría (solo para rehabilitación de visión reducida). Quiroprácticos, cirujanos dentales y odontólogos no se consideran médicos con respecto a servicios de terapia y no pueden referir pacientes para terapia de rehabilitación ni establecer planes de cuidado terapéuticos.

9. **PROFESIONAL CUALIFICADO** se refiere a un terapeuta físico, ocupacional, patólogo del habla y del lenguaje, médico, enfermera practicante, enfermera clínica especializada o asistente médico licenciado o certificado por el estado para la práctica de servicios de terapia y quien, además, puede apropiadamente efectuar dichos servicios de acuerdo con las políticas de Medicare. Pueden incluirse como profesionales cualificados a asistentes de terapia física (PTA) y asistentes de terapia

3. **The EPISODE** of Outpatient Therapy – For the purposes of therapy policy, an outpatient therapy episode is defined as the period of time, in treatment days, from the initial patient encounter for the current condition(s) being treated until the last date of service for that plan of care. During the episode, the beneficiary may be treated for more than one condition; including conditions with an onset after the episode has begun (e.g. beneficiary receiving PT for low back pain then sustains a hip fracture from a fall).

4. **EVALUATION** is a separately payable comprehensive service provided by clinician, that requires professional skills to make clinical judgments about conditions for which services are indicated based on objective measurements and subjective evaluations of patient performance and functional abilities. Evaluation is warranted e.g., for a new diagnosis or when a condition is treated in a new setting. These evaluative judgments are essential to development of the plan of care, including goals and the selection of interventions. The time spent in evaluation does not also count as treatment time.

5. **RE-EVALUATION** provides additional objective information not included in other documentation. Re-evaluation is separately payable and is periodically indicated during an episode of care when the professional assessment indicates a significant improvement or decline or change in the patient's condition or functional status that was not anticipated in the plan of care for that interval. Although some regulations and state practice acts require re-evaluation at specific intervals, for Medicare payment, re-evaluations must meet Medicare coverage guidelines. The decision to provide an evaluation shall be made by a clinician.

6. **INTERVAL** of treatment consists of 1 month or 30 calendar treatment days.

7. **NONPHYSICIAN PRACTITIONERS (NPP)** means physician assistants, clinical nurse specialists, and nurse practitioners, who may, if state and local laws permit it, and when appropriate rules are followed, provide, certify or supervise therapy services.

8. **PHYSICIAN** with respect to outpatient rehabilitation therapy services means a doctor of medicine, osteopathy (including an osteopathic practitioner), podiatric medicine, or optometry (for low vision rehabilitation only). Chiropractors and doctors of dental surgery or dental medicine are not considered physicians for therapy services and may neither refer patients for rehabilitation therapy services nor establish therapy plans of care.

9. **QUALIFIED PROFESSIONAL** means a physical therapist, occupational therapist, speech-language pathologist, physician, nurse practitioner, clinical nurse specialist, or physician's assistant, who is licensed or certified by the state to perform therapy services, and who also, may appropriately perform therapy services under Medicare policies. Qualified professionals may also include physical therapist assistants (PTA) and occupational therapy assistants (OTA) when working under the supervision of a qualified therapist, within the scope of practice allowed by state law. Assistants are limited in the services they may provide (see section 230.1 and 230.2) and may not supervise others.

10. **QUALIFIED PERSONNEL** means staff (auxiliary personnel) who may or may not be licensed as therapists or therapist assistants but who meet all of the requirements for therapists with the exception of licensure. Qualified personnel have been educated and trained as therapists and

ocupacional (OTA) cuando trabajen bajo la supervisión de un terapeuta cualificado dentro del ámbito de la práctica permitido por la ley del estado. Los servicios que pueden efectuar los asistentes están limitados (ver secciones 230.1 y 230.2) y no pueden realizar labores de supervisión.

10. **PERSONAL CUALIFICADO** significa empleados (personal auxiliar) los cuales pueden o no estar licenciados como terapeutas o como asistentes de terapia pero quienes cumplen con todos los demás requisitos como terapeutas a excepción de la licencia. El personal cualificado ha sido educado y entrenado como terapeuta y cualifica para ofrecer servicios de terapia solamente bajo supervisión directa incidental a un médico o NPP. Ver § 230.5 del manual de Medicare.

11. **FIRMA** significa un identificador legible de cualquier tipo (ej. Firma escrita a mano, electrónica o sello). Aplican las políticas de CMS IOM Pub. 100-08, Manual del Programa de Integridad de Medicare capítulo 3, §3.4.1.1. (B) referente a firmas.

### ***B. Requisitos de documentación para servicios de terapia***

#### **General**

Los servicios de terapia serán reembolsables cuando el expediente médico y la información en la reclamación reporten en forma consistente y precisa servicios de terapia cubiertos. La documentación tiene que ser legible, relevante y suficiente para justificar los servicios facturados. En general los servicios tiene que ser servicios de terapia cubiertos provistos de acuerdo con los requerimientos establecidos en los manuales de Medicare.

Estas guías identifican las expectativas mínimas de documentación para proveedores, o suplidores, o beneficiarios que someten reclamaciones de pago por servicios de terapia al programa de Medicare. Documentación adicional no requerida por Medicare se permite a discreción del proveedor. Por ejemplo, el terapeuta puede elegir documentar requisitos legales locales o estatales, directrices profesionales, o de práctica individual o de la facilidad. El terapeuta puede elegir la inclusión de narrativas que específicamente justifiquen la necesidad médica de servicios cuando dichos servicios son revisados.

Medicare requiere que los servicios reclamados se sostengan por una documentación que justifique su pago. La documentación tiene que cumplir con todos los requisitos de ley/reglamentos aplicables a reclamaciones a Medicare.

El expediente clínico es considerado en su totalidad cuando se revisan reclamaciones para determinar necesidad médica de forma tal que la ausencia de un aspecto de la documentación no anula la necesidad médica de un servicio cuando la documentación en su totalidad demuestra la necesidad del mismo. Los servicios son médicamente necesarios si la documentación revela que éstos cumplen con los criterios de necesidad médica, incluyendo que sean servicios diestros, servicios de rehabilitación, provistos por personal clínico (o por profesionales cualificados cuando sea apropiado), aprobados por un médico, seguros y efectivos (por ejemplo; el progreso es indicativo de que el cuidado es efectivo en la rehabilitación de la función).

qualify to furnish therapy services only under direct supervision incident to a physician or NPP. See §230.5 of Medicare Manual.

11. **SIGNATURE** means a legible identifier of any type (e.g., hand written, electronic, or signature stamp). Policies in CMS IOM Pub. 100-08, Medicare Program Integrity Manual, chapter 3, §3.4.1.1 (B) concerning signatures apply.

### ***B. Documentation Requirements for Therapy Services***

#### **General**

Therapy services shall be payable when the medical record and the information on the claim form consistently and accurately report covered therapy services. Documentation must be legible, relevant and sufficient to justify the services billed. In general, services must be covered therapy services provided according to the requirements in Medicare Manuals.

These guidelines identify the minimal expectations of documentation by providers or suppliers or beneficiaries submitting claims for payment of therapy services to the Medicare program. Additional documentation not required by Medicare is allowed at the provider's discretion. For example, the therapist may chose to document requirements of state or local laws, professional guidelines or the individual practice or facility. The therapist may choose to include narratives that specifically justify the medical necessity of services when those services are reviewed.

Medicare requires that the services billed be supported by documentation that justifies payment. Documentation must comply with all legal/regulatory requirements applicable to Medicare claims. The entire record is considered when reviewing claims for medical necessity so that the absence of an individual item of documentation does not negate the medical necessity of a service when the documentation as a whole indicates the service is necessary. Services are medically necessary if the documentation indicates they meet the requirements for medical necessity including that they are skilled, rehabilitative services, provided by clinicians (or qualified professionals when appropriate) with the approval of a physician/NPP, safe, and effective ( i.e., progress indicates that the care is effective in rehabilitation of function).

#### **Documentation Required**

These types of documentation of therapy services are expected to be submitted in response to any requests for documentation:

- Evaluation /and certified Plan of Care. (may be one or two documents). Include the initial evaluation and any re-evaluations relevant to the episode being reviewed;
- Certification (physician/NPP approval of the plan required 30 treatment days after initial treatment-or delayed certification);
- Progress Reports (when treatment exceeds 10 treatment days or 30 calendar treatment day/one month, whichever is less);
- Treatment Encounter Notes (may also serve as Progress Reports when required information is included in the notes);



## Documentación Requerida

Los siguientes tipos de documentación de servicios de terapia, se espera sean sometidos en respuesta a cualquier solicitud de documentación.

- Evaluación y Plan de Cuidado certificado (puede tratarse de uno o dos documentos). Incluye la evaluación inicial y cualquier reevaluación relevante al episodio que se revisa;
- Certificación (aprobación por el médico del plan requerido 30 días de tratamiento luego del tratamiento inicial o de certificación tardía);
- Reportes de Progreso (cuando el tratamiento excede de 10 días de tratamiento o de 30 días calendario/un mes, el que sea menor);
- Notas de Tratamiento por Encuentro (podrían, además, servir como Reportes de Progreso cuando la información requerida está incluida en las notas); y
- Para excepciones al tope de terapias, reportes justificando los servicios por encima del tope. Si el proveedor desea asegurarse que el contratista entienda el razonamiento para el uso del modificador KX, puede incluir una explicación por separado en un documento aparte o contenida dentro de los otros documentos

Para propósitos de Medicare, la documentación que se dicta se considerada completada en el día de tratamiento en que fue dictada. El profesional cualificado podrá editar y firmar el documento electrónicamente en fecha posterior. La fecha de la documentación es relevante solamente para el plan de cuidado. Sin embargo se recomienda que las notas de tratamiento y reportes de progreso sean fechados dentro de una semana a partir de la última fecha de tratamiento reportado en la evaluación, Reporte de Progreso o Nota de Tratamiento.

La justificación para el tratamiento tiene que incluir evidencia objetiva o una declaración clínicamente aceptable de la expectativa de que:

- La condición del paciente posee el potencial de mejorar o está mejorando en respuesta a la terapia.
- El potencial máximo de mejoría es todavía alcanzable; y
- Existe una expectativa de que la mejoría anticipada se puede lograr en un periodo de tiempo razonable y generalmente predecible.

La evidencia objetiva consiste de instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente, instrumentos para medir los resultados o evaluaciones medibles del resultado funcional. El uso de medidas objetivas al comienzo del tratamiento, durante y/o luego del tratamiento es recomendable para cuantificar el progreso y sostener la justificación para continuar el tratamiento. Tales herramientas no son requeridas pero su utilización ampliará la justificación de la terapia necesitada.

Al documentar los expedientes, los clínicos deben estar familiarizados con los requisitos de cubierta y reembolso para servicios ambulatorios de terapia según descritos en los

and

- For therapy cap exceptions, records justifying services over the cap. A separate justification statement may be included either as a separate document or within the other documents if the provider/supplier wishes to assure the contractor understands their reasoning for use of the KX modifier.

For Medicare purposes, dictated documentation is considered completed on the treatment day it was dictated. The qualified professional may edit and electronically sign the documentation at a later date. The date of the documentation is relevant only for the plan of care. However, it is recommended that treatment encounter notes and progress reports be dated within one week of the last date of treatment reported in the evaluation, Progress Report or Treatment Encounter Note.

Justification for treatment must include objective evidence or a clinically supportable statement of expectation that:

- The patient's condition has the potential to improve or is improving in response to therapy;
- Maximum improvement is yet to be attained; and
- There is an expectation that the anticipated improvement is attainable in a reasonable and generally predictable period of time.

Objective evidence consists of standardized patient assessment instruments, outcome measurements tools or measurable assessments of functional outcome. Use of objective measures at the beginning of treatment, during and/or after treatment is recommended to quantify progress and support justifications for continued treatment. Such tools are not required, but their use will enhance the justification for needed therapy.

In documenting records, clinicians must be familiar with the requirements for covered and payable outpatient therapy services as described in the manuals. For example, the records should justify:

- The patient is under the care of a physician
  - Physician care shall be documented by physician certification (approval) of the plan of care; and
  - Other evidence of physician involvement in the patient's care may include, for example: order/referral, conference, team meeting notes,
- Services require the skills of a therapist.
  - Services must not only be provided by the clinician or qualified personnel, but they must require, for example, the expertise, knowledge, clinical judgment, decision making and abilities of a therapist that other staff, caretakers or the patient cannot provide independently. This may be documented, for example, by the clinician's descriptions of their skilled treatment, the changes made to the treatment due to a clinician's assessment of the patient's needs on a particular treatment day or changes due to progress the clinician judged sufficient to modify the treatment toward the next more complex or difficult task.
  - A therapist's skill may also be required for safety reasons, if

manuales. Por ejemplo: los expedientes deben justificar:

- Que el paciente se encuentra bajo el cuidado de un médico.
  - El cuidado médico será documentado por una certificación (aprobación) del plan de cuidado; y
  - Otra evidencia del involucramiento médico en el cuidado del paciente puede incluir, por ejemplo: orden/referido, consulta, notas de reuniones de equipo.
- Que los servicios requieren de las destrezas de un terapeuta
  - Los servicios tienen no sólo que ser provistos por el clínico personal cualificado, sino requerir, por ejemplo, de la pericia, conocimiento, juicio clínico, toma de decisiones y habilidades de un terapeuta las cuales no pueden ser provistas de forma independiente por ningún otro tipo de personal, custodios o por el paciente mismo. Ello puede ser documentado, por ejemplo, por las descripciones del terapeuta de su tratamiento diestro, los cambios realizados al tratamiento como resultado de una evaluación clínica de las necesidades del paciente en un día particular de tratamiento o cambios debidos al progreso, los cuales el clínico juzgó suficientes para modificar el tratamiento hacia la próxima tarea de mayor complejidad o dificultad.
  - La destreza de un terapeuta también puede requerirse por razones de seguridad; si una fractura inestable requiere de la habilidad de un terapeuta para efectuar una actividad que de otra forma pudiera ser realizada de forma independiente por el paciente en su casa. O la destreza del terapeuta puede ser requerida para un paciente aprendiendo técnicas compensatorias de deglución para realizar auscultación cervical e identificar cambios en la voz y respiración que puedan ser indicativas de aspiración. Luego de que se considere al paciente seguro para el uso independiente de estas técnicas compensatorias, no se requiere de la destreza de un terapeuta para alimentar al paciente o comprobar que ha consumido.

## EVALUACION/REEVALUACION Y PLAN DE CUIDADO

La evaluación inicial, o el plan de cuidado incluyendo una evaluación, debe documentar la necesidad para un curso de terapia a través de hallazgos objetivos y subjetivos reportados por el paciente basados en las guías de la Asociación de Terapia Física Americana, Asociación de Terapia Ocupacional Americana

- la Asociación Americana de Especialistas de la Audición, del Habla y del Lenguaje. Solo un clínico puede realizar el examen inicial, evaluación, reevaluación y estimado o establecer un diagnóstico o plan de cuidado.

La evaluación debe incluir:

- Un diagnóstico (donde sea permitido) y descripción del problema específico a ser evaluado y/o tratado. Para PT y OT, asegúrense de incluir la parte del cuerpo evaluada. Incluya todas las condiciones y complejidades que puedan tener un impacto en el tratamiento. Una descripción puede incluir, por ejemplo, la función anterior al episodio actual, fecha de comienzo, y función actual;

an unstable fracture requires the skill of a therapist to do an activity that might otherwise be done independently by the patient at home. Or the skill of a therapist might be required for a patient learning compensatory swallowing techniques to perform cervical auscultation and identify changes in voice and breathing that might signal aspiration. After the patient is judged safe for independent use of these compensatory techniques, the skill of a therapist is not required to feed the patient, or check what was consumed.

## EVALUATION/RE-EVALUATION and PLAN OF CARE

The initial evaluation, or the plan of care including an evaluation, should document the necessity for a course of therapy through objective findings and subjective patient self-reporting based on the guidelines of the American Physical Therapy Association, the American Occupational Therapy Association, or the American Speech-Language and Hearing Association. Only a clinician may perform an initial examination, evaluation, re-evaluation and assessment or establish a diagnosis or a plan of care.

Evaluation shall include:

- A diagnosis (where allowed) and description of the specific problem to be evaluated and/or treated. For PT and OT, be sure to include the body part evaluated. Include all conditions and complexities that may impact the treatment. A description might include, for example, the premorbid function, date of onset, and current function;
- Objective measurements, preferably standardized patient assessment instruments and/or outcomes measurement tools related to current functional status, when these are available and appropriate to the condition being evaluated;
- Clinician's clinical judgments or subjective impressions that describe the current functional status of the condition being evaluated, when they provide further information to supplement measurement tools; and
- A determination that treatment is not needed, or, if treatment is needed a prognosis for return to premorbid condition or maximum expected condition with expected time frame and a plan of care.

When an evaluation is the only service provided by a provider/supplier in an episode of treatment, the evaluation serves as the plan of care if it contains a diagnosis, or in states where a therapist may not diagnose, a description of the condition from which a diagnosis may be determined by the referring physician. The goal, frequency, intensity and duration of treatment are implied in the diagnosis and one-time service. The referral/order of a physician is the certification that the evaluation is needed and the patient is under the care of a physician. Therefore, when evaluation is the only service, a referral and evaluation are the only required documentation.

Re-evaluations shall be included in the documentation sent to contractors when a re-evaluation has been performed. See the definition in the above. Re-evaluations are usually focused on the current treatment and may not be as extensive as initial evaluations. Continuous assessment of the patient's progress is a component of ongoing therapy services

- Medidas objetivas, preferiblemente instrumentos estandarizados de evaluación y/o resultados medibles relacionados al estado funcional actual, cuando estos se encuentren disponibles y sean apropiados a la condición evaluada.
- Juicios clínicos o impresiones subjetivas que describan el estado funcional presente de la condición siendo evaluada, cuando estos provean información adicional para suplementar los instrumentos de evaluación; y
- Una determinación de que el tratamiento no es necesario, o si el tratamiento es necesario un pronóstico para retornar a la condición premórbida o a la condición de máxima recuperación con el tiempo estimado y un plan de cuidado.

Cuando la evaluación es el único servicio provisto en un episodio de tratamiento, la evaluación sirve como el plan de cuidado si ésta contiene un diagnóstico, o en aquellos estados donde el terapeuta no pueda diagnosticar, contiene una descripción de la condición de la cual pueda establecerse un diagnóstico del médico que refiere. En este caso la meta, frecuencia, intensidad y duración del tratamiento están implícitas en el diagnóstico y único servicio. El referido/orden de un médico constituye la certificación de que la evaluación es necesaria y de que el paciente se encuentra bajo su cuidado. Por lo tanto, cuando la evaluación es el único servicio, un referido y la evaluación constituyen la única documentación requerida.

Las reevaluaciones deben incluirse en la documentación enviada a los contratistas cuando la misma haya sido realizada. Véase la definición en la sección previa. Las reevaluaciones usualmente se enfocan en el tratamiento presente y pueden no ser tan extensas como las evaluaciones iniciales. El estimado continuo del progreso del paciente constituye un componente de los servicios de terapia y no se paga como una reevaluación. Una reevaluación no es un servicio rutinario, recurrente sino que está dirigida a evaluar el progreso en relación a las metas actuales, haciendo un juicio profesional respecto a la continuación del cuidado, modificación de las metas y/o tratamiento o el cese de los servicios. Una reevaluación formal está cubierta solo si la documentación respalda la necesidad de exámenes y medidas adicionales luego de la evaluación inicial. Las Indicaciones para una re-evaluación incluyen nuevos hallazgos clínicos, un cambio significativo en la condición del paciente, o fracaso en responder a las intervenciones terapéuticas definidas en el plan de cuidado establecido.

La reevaluación también puede ser apropiada en un alta planificada. Una reevaluación se enfoca en evaluar el progreso en relación a las metas actuales, haciendo un juicio profesional respecto a la continuación del cuidado, modificación de las metas y/o tratamiento o el cese de los servicios. Una reevaluación requiere las mismas destrezas profesionales que una evaluación. La Terminología de Procedimientos (CPT, Current Procedural Terminology) no define un código de reevaluación para patología del habla y el lenguaje; use el mismo código de evaluación.

Véase la sección 220.1.2 del Manual de Beneficios (Benefit Policy Manual) para los requisitos del plan. La evaluación y el plan pueden reportarse en dos documentos por separado o en un solo documento combinadamente.

and is not payable as a re-evaluation. A re-evaluation is not a routine, recurring service but is focused on evaluation of progress toward current goals, making a professional judgment about continued care, modifying goals and/or treatment or terminating services. A formal re-evaluation is covered only if the documentation supports the need for further tests and measurements after the initial evaluation. Indications for a re-evaluation include new clinical findings, a significant change in the patient's condition, or failure to respond to the therapeutic interventions outlined in the plan of care.

Re-evaluation may also be appropriate at a planned discharge. A re-evaluation is focused on evaluation of progress toward current goals and making a professional judgment about continued care, modifying goals and/or treatment or terminating services. Reevaluation requires the same professional skills as evaluation. Current Procedural Terminology does not define a re-evaluation code for speech-language pathology; use the evaluation code.

See section 220.1.2 of the Benefit Policy Manual for requirements of the plan. The evaluation and plan may be reported in two separate documents or a single combined document.



## REPORTE DE PROGRESO

El reporte de progreso provee la justificación para la necesidad médica de tratamiento. Para propósitos de pago de Medicare, la información que se requiere en los reportes de progreso debe ser provista por lo menos una vez cada diez días de tratamiento o una vez durante ese intervalo, lo que sea menor. Medidas objetivas de progreso deben incluirse cuando estén disponibles.

Los reportes de progreso pueden proveerse con más frecuencia de la requerida cuando el clínico o profesional cualificado lo juzgue apropiado. Si se escriben reportes con mayor frecuencia, el personal cualificado puede escribir alguno pero no necesariamente todos los referentes a un mismo intervalo de tiempo. Los elementos de un reporte de intervalo de tiempo pueden escribirse en las notas de encuentro por tratamiento si el proveedor o el clínico así lo prefieren. Si cada elemento requerido en un reporte de progreso se incluye por lo menos una vez durante el intervalo en las notas de encuentro por tratamiento, entonces no se requiere un Reporte de Progreso por separado.

Un profesional clínico debe personalmente ejecutar o activamente participar en por lo menos una sesión de tratamiento durante el intervalo de tratamiento. La verificación de la supervisión o tratamiento clínico debe ser documentada por la firma del clínico en la nota de tratamiento y/o Reporte de Progreso. Un profesional clínico debe completar por lo menos un Reporte de Progreso durante cada intervalo de tratamiento. Alternativamente, la información requerida del profesional cualificado debe incluirse por lo menos una vez durante el intervalo en las notas de tratamiento.

Cuando ocurre una discontinuación inesperada del tratamiento, no se requiere un reporte de un profesional cualificado para el intervalo incompleto. La necesidad de servicios se determina a base de la prestación de servicios según anticipado en el plan y las notas de tratamientos al momento. La nota de alta es requerida cuando la discontinuación del tratamiento es esperada en un intervalo (por ejemplo, se anticipa en el plan de cuidado o en las notas de tratamiento).

La nota de alta debe ser una nota de intervalo que cubra el periodo de tiempo comprendido entre la última nota de intervalo hasta la fecha del alta. A discreción del clínico, la nota de alta podrá incluir información adicional, por ejemplo puede resumir el episodio completo de tratamiento o justificar servicios que pueden haberse extendido por encima de lo esperado para la condición del paciente. Los clínicos deben considerar la nota de alta como la última oportunidad para justificar la necesidad médica del tratamiento completo ofrecido en caso de que el expediente sea revisado.

### Contenido del Reporte de Progreso del Asistente

La evaluación y plan de cuidado se consideran incorporados al Reporte de Progreso, y no se requiere que la información contenida en ellos se repita en el reporte. Los Reportes de Progreso escritos por los asistentes suplementan los reportes de los clínicos y deben incluir:

- Fecha del comienzo del periodo a que éste reporte hace

## PROGRESS REPORT

The Progress report provides justification for the medical necessity of treatment. For Medicare payment purposes, information required in Progress Reports should be provided at least once every 10 treatment days or once during the interval, whichever is less. Objective measures of progress should be included when available.

Progress Reports may be provided more often than required when the clinician or qualified professional judges them appropriate. If reports are written more frequently, a qualified professional may write some, but not all, reports in the interval. Elements of interval reports may be written in the encounter notes daily if the provider/supplier or clinician prefers. If each element required in a Progress Report is included at least once during the interval in the encounter notes, then a separate Progress Report is not required.

A clinician must personally perform or actively participate in at least one treatment session during the interval of treatment. Verification of the clinician's supervision or treatment shall be documented by the clinician's signature on the treatment encounter note and/or the Progress Report. A clinician must complete a Progress Report at least once during each interval of treatment. Alternately, the information required from the qualified professional must be included at least once during the interval in treatment encounter notes.

When unexpected discontinuation of treatment occurs, a qualified professional's interval report for the incomplete interval is not required. The necessity of services is determined based on the delivery of services as anticipated in the plan and encounter notes. When discontinuation of treatment is expected during an interval (i.e., it is anticipated in the plan of care or in either interval or daily encounter notes) a discharge note is required.

The discharge note shall be an interval note covering the period from the last interval note to the date of discharge. At the discretion of the clinician, the discharge note may include additional information, for example, it may summarize the entire episode of treatment, or justify services that may have extended beyond those usually expected for the patient's condition. Clinicians should consider the discharge note the last opportunity to justify the medical necessity of the entire treatment episode in case the record is reviewed.

### Content of Assistant Progress Report

The evaluation and plan of care are considered incorporated into the Progress Report, and information in them is not required to be repeated in the report.

Progress Reports written by assistants supplement the reports of clinicians and shall include:

- Date of the beginning of the interval that this report refers to;
- Date that the report was written (must be during the interval);
- Signature, or for dictated documentation, the identification of the qualified professional who wrote the report and the date on which it



referencia;

- Fecha en que el reporte fue escrito (tiene que ser durante el intervalo);
- Firma, o si se trata de documentación dictada, la identificación del profesional cualificado que escribió el reporte y la fecha en que fue escrito o dictado;
- Reportes objetivos de las aseveraciones subjetivas del paciente, si son relevantes. Por ejemplo, “El paciente reporta dolor luego de 20 repeticiones”. O, “El paciente no se sintió bien el 11/05/06 y se rehusó a completar la sesión de tratamiento”; y
- Medidas objetivas (preferiblemente) o descripción de cambios en el estado relacionados a cada meta siendo considerada, si ocurren. Nótese que los asistentes no pueden hacer juicios clínicos con respecto a por qué hubo o no progreso, pero pueden reportarlo objetivamente. Por ejemplo: “aumento en fuerza” no es una medida objetiva, pero, “el paciente camina 15 pies con asistencia máxima”, es objetiva.

Las descripciones deben hacer referencia identificable a las metas en el plan actual de cuidado. Ya que en el plan de cuidado solo se requieren metas a largo alcance, el reporte del periodo puede utilizarse para añadir, cambiar o suprimir metas de corto alcance o eliminar metas de largo alcance completadas. Los asistentes pueden añadir o cambiar metas de corto alcance solo bajo la dirección de un clínico. Cuando se dicten cambios en metas de corto alcance, reporte la orden, el nombre del clínico y la fecha. Los clínicos verifican éstos cambios por medio de co-firmas en el reporte o en el reporte de intervalo del clínico. (Véase sección 220.1.2(C) para modificar el plan por cambios en metas a largo plazo).

Si un intervalo de tiempo de tratamiento no se especifica, se asume que las metas se refieren al plan de cuidado activo para el intervalo actual de tratamiento. Si no se alude a una parte del cuerpo en particular, se asume que el tratamiento es consistente con la evaluación y el plan de cuidado.

Se puede usar cualquier método confiable para identificar las metas. Preferiblemente las metas de largo alcance pueden enumerarse (1, 2,3.) y las de corto alcance pueden enumerarse y rotularse con letras 1.A, 1.B, etc. El identificador de una meta en el plan de cuidado no podrá cambiarse durante el episodio de cuidado al cual el plan hace referencia. Añada nuevas metas con nuevos identificadores o letras. Omita referencias a una meta luego que se ha reportado alcanzada y la firma del clínico verifica el cambio.

#### Contenido de los reportes de progreso clínicos (terapeuta, médico)

Además de los requisitos indicados anteriormente para las notas escritas por los asistentes, el reporte de intervalo de un clínico deberá también contener:

- Estimado de la mejoría, extensión del progreso (o falta de) respecto a cada meta;
- Planes para continuar el tratamiento, referencia a resultados de evaluaciones adicionales y/o revisiones del plan de tratamiento deberán documentarse en el Reporte de Progreso; y

was written or dictated;

- Objective reports of the patient’s subjective statements, if they are relevant. For example, “Patient reports pain after 20 repetitions”. Or, “The patient was not feeling well on 11/05/06 and refused to complete the treatment session.” ; and
- Objective measurements (preferred) or description of changes in status relative to each goal currently being addressed in treatment, if they occur. Note that assistants may not make clinical judgments about why progress was or was not made, but may report the progress objectively. For example: “increasing strength” is not an objective measurement, but “patient ambulates 15 feet with maximum assistance” is objective.

Descriptions shall make identifiable reference to the goals in the current plan of care. Since only long term goals are required in the plan of care, the interval report may be used to add, change or delete short term goals or to delete completed long term goals. Assistants may add or change short term goals only under the direction of a clinician. When short term goal changes are dictated, report the order, clinician’s name and date. Clinicians verify these changes by cosignatures on the report or in the clinician’s interval report. (See section 220.1.2(C) to modify the plan for changes in long term goals).

If a time interval for the treatment is not specifically stated, it is assumed that the goals refer to the plan of care active for the current interval of treatment. If a body part is not specifically noted, it is assumed the treatment is consistent with the evaluation and plan of care.

Any consistent method of identifying the goals may be used. Preferably, the long term goals may be numbered (1, 2, 3, .) and the short term goals that relate to the long term goals may be numbered and lettered 1.A, 1.B, etc. The identifier of a goal on the plan of care may not be changed during the episode of care to which the plan refers. Add new goals with new identifiers or letters. Omit reference to a goal after a clinician has been reported it to be met, and that clinician’s signature verifies the change.

#### Content of Clinician (Therapist, Physician) Progress Reports

In addition to the requirements above for notes written by assistants, the interval report of a clinician shall also include:

- Assessment of improvement, extent of progress (or lack thereof) toward each goal;
- Plans for continuing treatment, reference to additional evaluation results, and/or treatment plan revisions should be documented in the clinician’s Progress Report; and
- Changes to long or short term goals, discharge or an updated plan of care that is sent to the clinician for certification of the next interval of treatment.

A re-evaluation is not required before every Progress Report routinely, but may be appropriate when assessment suggests changes not anticipated in the original plan of care.

- Cambios en las metas a corto o largo plazo, alta o plan de cuidado actualizado enviado al clínico para certificación del próximo intervalo de tratamiento.

No se requiere rutinariamente una reevaluación antes de cada Reporte de Progreso, pero puede ser apropiada cuando el estimado sugiera cambios no anticipados en el plan de cuidado original.

**NOTA DE ENCUENTRO PARA TRATAMIENTO (NOTA DE TRATAMIENTO)**

Se requiere documentación por cada día de tratamiento y cada servicio de terapia. La nota de tratamiento tiene que contener el nombre del tratamiento, intervención, o actividad provista, el tiempo en servicios ofrecidos representados por códigos de tiempo, tiempo total de tratamiento (incluyendo los códigos sin tiempo) y la identidad del individuo que interviene. El formato puede variar dependiendo del terapeuta y el escenario clínico.

El propósito de las notas de tratamiento no es documentar la necesidad médica o corrección de los servicios de terapia que se están llevando a cabo (aunque la nota puede utilizarse para establecer la necesidad médica si cumple con los requisitos del Reporte de Progreso). El propósito de estas notas es simplemente crear un expediente de todos los encuentros e intervenciones diestras que son supervisadas o provistas por profesionales cualificados para justificar el uso de los códigos facturados en la reclamación. Las descripciones de las intervenciones diestras deben incluirse en el plan o notas del intervalo y se permiten, pero no se requieren diariamente. No es necesario registrar las intervenciones no diestras en las notas de tratamiento ya que no son facturables. Sin embargo la anotación de un tratamiento no diestro o el reporte de actividades realizadas por el paciente o personal no diestro pueden voluntariamente reportarse como información adicional si son relevantes y no se facturan.

La documentación de cada encuentro de tratamiento incluirá los siguientes elementos requeridos:

- Fecha de tratamiento;
- Código total de tiempo en minutos de tratamiento y tiempo total de tratamiento.

No se requiere que se registre la cantidad de tiempo que se provee al paciente por cada intervención/modalidad específica ya que la misma se indica en la factura, pero la cantidad facturada y el tiempo total de los minutos de tratamiento deben ser consistentes. Para una descripción de la facturación de códigos de tiempo véase el CMS IOM, Pub. 100-04, capítulo 5, sección 20.3. Incluye la identificación de cada intervención/modalidad específica provista y facturada, para ambos, con tiempo y sin tiempo contabilizado. La frecuencia e intensidad de tratamiento y otros detalles pueden incluirse en el plan de cuidado y no es necesaria su repetición en las notas de tratamiento a menos que sean cambios al plan; y

- La firma e identificación profesional del terapeuta cualificado que proveyó o supervisó el servicio y una lista de cada persona que



**TREATMENT ENCOUNTER NOTE**

Documentation is required for every treatment day, and every therapy service. The Treatment Encounter Note must record the name of the treatment, intervention, or activity provided, the time spent in services represented by timed codes, the total treatment time (including the untimed code services) and the identity of the individual providing the intervention. The format may vary depending on the therapist and the clinical setting.

The purpose of the Treatment Encounter Note is not to document the medical necessity or appropriateness of the ongoing therapy services (although the encounter note may be used to establish medical necessity if it fulfills the requirements of the Progress Report). The purpose of these notes is simply to create a record of all encounters and skilled interventions that are supervised or provided by qualified professionals to justify the use of billing codes on the claim. Descriptions of skilled interventions should be included in the plan or the interval notes and are allowed, but not required daily. Non-skilled interventions need not be recorded in the encounter notes as they are not billable. However, notation of non-skilled treatment or report of activities performed by the patient or non-skilled staff may be reported voluntarily as additional information if they are relevant and not billed.

Documentation of each treatment encounter will include the following required elements:

- Date of treatment;
- Total timed code treatment minutes and total treatment time. The amount of time for each specific intervention/modality provided to the patient is not required, as it is indicated in the billing, but the billing and the total timed code treatment minutes must be consistent. See CMS IOM, Pub. 100-04, chapter 5, section 20.3 for description of billing timed codes. Identification of each specific intervention/modality provided and billed, for both timed and untimed codes. Frequency and intensity of treatment and other details may be included in the plan of care and need not be repeated in the treatment encounter notes unless they are changed from the plan; and

contribuyó al tratamiento durante ese encuentro (i.e., la firma de Kathleen Smith, LPT, supervisora, con anotación de la asistencia de Judith Jones, PTA, cuando ello lo permita el estado y la ley local.

Si un tratamiento es añadido o cambiado bajo la dirección de un clínico durante los días de tratamiento entre los reportes de progreso de intervalos, el cambio tiene que registrarse y justificarse en el expediente médico, bien sea en la nota de tratamiento o en la nota de progreso, según determinado por las políticas del proveedor. Nuevos ejercicios o cambios hechos al programa de ejercicios contribuyen a justificar que los servicios son diestros. Por ejemplo: El plan original fue para actividades terapéuticas, entrenamiento para caminar, y reeducación neuromuscular. “En febrero 1 el profesional clínico agregó estimulación eléctrica en atención a dolor en el hombro”.

La documentación de cada intervención de tratamiento puede también incluir los siguientes elementos opcionales a ser mencionados solo si el profesional que registra la nota determina que son apropiados y relevantes. Si éstos no se registran a diario, cualquier información relevante debe incluirse en el reporte de progreso

- Reporte propio del paciente;
- Reacción adversa a la intervención;
- Comunicación/consulta con otros proveedores (ej. Supervisor clínico, médico de cabecera, enfermera, otro terapeuta, etc.);
- Cambios significativos, inusuales, o inesperados en el estado clínico;
- Equipo provisto; y/o
- Cualquier información adicional relevante que el profesional cualificado considere apropiada.

Una reclamación recibida por 1 unidad de ultrasonido, una de ejercicio terapéutico y una por entrenamiento para caminar. Se asume el ROM fue por menos de 8 minutos y no cualificó para facturarse. Se asume que el paciente toleró el tratamiento a menos que aparezca una nota indicando lo contrario. Véase CMS 10M Pub. 100-04, capítulo 5, sección 20.2 para instrucciones en como contar los minutos. Es importante que el número total de minutos de tratamiento contabilizados corroboren las unidades detalladas en la factura y que el tiempo total de tratamiento refleje los servicios facturados como servicios sin tiempo

No contaremos cada minuto por cada servicio de terapia relativo a cada código de tratamiento facturado, pero nos cercioraremos de que el número total de minutos de tratamiento por servicios representados por códigos por tiempo sea consistente con el número de unidades reclamadas por esos servicios y que el total de minutos de tratamiento, incluidos los códigos sin tiempo, sea consistente con la documentación de que los servicios fueron provistos durante un periodo de tiempo razonable. Por ejemplo, si el código con tiempo es igual a 40 y el tiempo total de tratamiento es de 45 minutos, es apropiado el que se facturen 3 códigos con tiempo pero improbable el que dos servicios sin tiempo fuesen apropiadamente provistos.

Recuerde que pueden referirse al Manual de Medicare (Medicare Benefit Policy Manual) secciones 220 y 230 para información adicional sobre este tema.

- Signature and professional identification of the qualified professional who furnished or supervised and list of each person who contributed to treatment during that encounter (i.e., the signature of Kathleen Smith, LPT, supervisor, with notation of the assistance of Judy Jones, PTA, when permitted by state and local law).

If a treatment is added or changed under the direction of a clinician during the treatment days between the interval progress reports, the change must be recorded and justified on the medical record, either in the treatment encounter note or the progress note, as determined by the policies of the provider. New exercises added or changes made to exercise program help justify that the services are skilled. For example: The original plan was for therapeutic activities, gait training and neuromuscular re-education. “On Feb. 1 clinician added electrical stimulation to address shoulder pain.”

Documentation of each treatment encounter may also include the following optional elements to be mentioned only if the qualified professional recording the note determines they are appropriate and relevant. If these are not recorded daily, any relevant information should be included in the progress report

- Patient self-report;
- Adverse reaction to intervention;
- Communication/consultation with other providers (e.g., supervising clinician, attending physician, nurse, another therapist, etc.);
- Significant, unusual or unexpected changes in clinical status;
- Equipment provided; and/or
- Any additional relevant information the qualified professional finds appropriate.

The billing was for 1 unit of ultrasound, one of therapeutic exercise and one gait training. It is assumed the ROM was less than 8 minutes and did not qualify for billing. It is assumed the patient tolerated the treatment unless there is a note to the contrary. See CMS IOM Pub. 100-04, chapter 5, section 20.2 for instructions on how to count minutes. It is important that the total number of timed treatment minutes support the billing of units on the claim, and that the total treatment time reflects services billed as untimed codes.

We will not count each minute for each therapy service relative to each billed treatment code, but we will ascertain that the total number of minutes of treatment for services represented by timed codes is consistent with the number of units billed for those services and that the total minutes of treatment, including untimed codes, is consistent with the documentation that the services were provided for a reasonable amount of time. For example, if the timed code minutes equal 40 and the total treatment time is 45 minutes, it is appropriate that three timed codes are billed but unlikely that two untimed services were appropriately provided.

For additional information on these topics, refer to the Medicare Benefit Policy Manual sections 220 and 230.





# NOTI MEDICARE

**COSVI** COOPERATIVA DE SEGUROS  
DE VIDA DE PUERTO RICO  
MEDICAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

**CMS**  
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

*Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y personal gerencial del Proveedor. Los boletines están disponibles libre de cargos en nuestra página [www.cosvi.com/medicare](http://www.cosvi.com/medicare)*

*This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Members of the Provider Staff. Bulletins are available at no cost from our Web Site [www.cosvi.com/medicare](http://www.cosvi.com/medicare)*