

# Triple-S, Inc. Medicare Part-B

# CERT

**"COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING"**



<http://www.cms.hhs.gov>  
<http://www.triples-med.org>



CPT codes, descriptors and other data only are copyright 2002 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS clauses apply.

## Tabla de Contenido

En esta edición especial de CERT encontrará:

	Página
Listserv .....	2
Desde la Oficina del Director Médico .....	3
¿Qué es CERT? .....	4
Códigos de Consulta .....	9
Cuidado Crítico .....	12
Servicios de Ambulancia .....	14

## Table of Contents

This special CERT edition includes:

	Page
Listserv .....	2
From the Desk of the Medical Director .....	3
What is CERT? .....	4
Consultation Codes .....	9
Critical Care .....	12
Ambulance Service .....	14

## “LISTSERV”

Únase a una de nuestras listas de correo electrónico (“Listserv”). A través de estas listas, le enviamos información a los suscriptores relacionada a los cambios en el programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), fechas importantes e invitaciones a actividades. Suscribirse a nuestros servidores de correo automático le mantiene informado.

Le invitamos a visitar nuestra página electrónica en: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org) y suscribirse al menos a una de nuestras listas electrónicas al oprimir la Sección de “Listserv”.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda sobre este asunto, puede comunicarse con uno de nuestros Representantes de Servicio en el 1-877-715-1921. Asimismo, puede obtener más información sobre lo que es y como funciona el “Listserv” de nuestro boletín **Medicare Informa**, volumen 78, edición de abril, mayo, junio de 2004.

## “LISTSERV”

Join one of our electronic mail lists (“Listservs”). Through these lists, we provide subscribers with information regarding changes to the Medicare Program, important dates, and invitations to specific events. Subscribing to our automatic mail servers will keep you informed.

We encourage you to visit our website at: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org) and subscribe to at least one of our electronic lists by clicking on the “Listservs” Section.

Should you have any questions or need assistance on this matter, please speak to one of our Customer Service Representatives by calling 1-877-715-1921. You can also obtain more information on what are “Listservs” and how they work from our **Medicare Informa** bulletin, volume 78, April, May and June 2004 edition.

---

## CRÉDITOS / CREDITS

### Redacción/Editorial Staff:

Juan L. Schaening, MD, Delia G. Nieves, BSN  
Nancy Rodríguez, BSN, María Colón, BSN  
Bethzaida Maldonado, MPH

### Editaje/Editor:

Eva Lisa Santiago

MOA-2004

**DESDE LA OFICINA DEL  
DIRECTOR MÉDICO**

24 de septiembre de 2004

Estimados colegas:

Una de las encomiendas de Medicare es pagar correctamente por los servicios médicamente necesarios que se prestan a nuestros beneficiarios. Con tal motivo nos hemos dado a la tarea de orientar a la comunidad médica sobre los esfuerzos que realiza el programa Medicare en vías de garantizar el pago correcto de las reclamaciones.

Parte integral, en el ánimo de disminuir los errores de pago, es educar al proveedor sobre la reglamentación de Medicare. Así, velamos que la documentación y facturación cumpla con los requisitos que establece el programa y pagar correctamente por esos valiosos servicios provistos a nuestros beneficiarios.

Como parte de este esfuerzo redactamos este boletín especial para compartir nuestros conocimientos sobre el programa conocido como CERT. Asimismo, de los errores más comunes detectados a través de este programa y a través de las operaciones que lleva a cabo este contratista.

Para lograr ésta meta este contratista desea proveerle las herramientas que puedan ayudar a evitar demora o recobro de los pagos de sus reclamaciones. Sabemos que podemos contar con ustedes para poder disminuir los errores de documentación y facturación, para el beneficio de todos.

Cordialmente,



Juan L. Schaening, M.D.

**FROM THE DESK OF THE  
MEDICAL DIRECTOR**

September 24, 2004

Dear Colleagues:

One of Medicare's objectives is the accurate payment for medically necessary services rendered to our beneficiaries. For that reason, we want to share with you information on some of the steps taken by the Medicare Program seeking to guarantee the correct payment of claims.

For purposes of reducing possible payment errors it is essential to educate providers regarding Medicare regulations. Doing so, we make sure that both, documentation and billing practices, comply with the requirements established by the Program and that the valuable services which you provide our beneficiaries are paid accurately.

As part of this effort, we publish this special bulletin to share our knowledge of the program known as CERT. Likewise, to advise you about the most common errors detected by CERT, as well as, through this contractor's analysis.

To accomplish this goal, this contractor wishes to provide you with the tools that shall help prevent delays in claim payments or payment recoupment. We know we can rely on you to reduce errors in both documentation and billing, for your benefit and for the benefit of the Medicare Program.

Cordially,



Juan L. Schaening, M.D.

# **“COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING PROGRAM”**

---

El rápido crecimiento en los costos de salud y la inquietud existente sobre las vulnerabilidades del programa Medicare, motivó al Congreso de los Estados Unidos a autorizar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a iniciar contrataciones con entidades que ayuden a proteger la integridad del programa. Estas entidades son conocidas como “Program Safeguard Contractors” (PSC, por sus siglas en inglés). La función principal de estos PSC’s es identificar áreas de potencial vulnerabilidad o problemas del programa Medicare que conlleven al pago incorrecto de reclamaciones. Por este motivo, CMS desarrolló el programa del “Comprehensive Error Rate Testing” (CERT, por sus siglas en inglés). Este programa comenzó en agosto del año 2000 como un medio para lograr las metas del “Government Performance Act” del 1993, que establece medidas de desempeño para las agencias federales. CMS contrató a la compañía AdvanceMed, anteriormente conocida como DynCorp, para dirigir este programa y determinar el porcentaje de error de Medicare en el pago de reclamaciones.

El propósito principal del programa de CERT es llevar a cabo revisiones médicas independientes a las realizadas por los contratistas de Medicare. AdvanceMed selecciona periódicamente una muestra aleatoria de las reclamaciones que recibe cada contratista. Dicha muestra incluye reclamaciones pagadas o denegadas y la intención es evaluar si fue correcta la acción tomada por el contratista en el procesamiento de la reclamación.

El personal de CERT responsable de la revisión médica de los casos está compuesto por enfermeras, médicos consultores, un director médico y otros profesionales de la salud.

*Considering the rapid increase in health costs and the growing concern over the vulnerability of the Medicare Program, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) were authorized by the United States Congress to contract other entities to help protect the integrity of the Program. These entities are known as “Program Safeguard Contractors” (PSC). The primary function of the PSC is to identify potentially vulnerable areas or problems in the Medicare Program, which may lead to incorrect claim payments. For this reason, CMS developed the “Comprehensive Error Rate Testing” (CERT) program, which is managed by the PSC. This program was initiated in August 2000 as a means to accomplish the goals of the “Government Performance Act” of 1993, which sets performance measures for federal agencies. CMS selected AdvanceMed, formerly known as DynCorp, to direct the CERT program and to determine Medicare’s percentage of error in the payment of claims.*

*The principal purpose of the CERT program is to carry out medical reviews independent from those performed by Medicare contractors. AdvanceMed periodically selects a random sample of the claims received by each contractor. The sample includes paid and denied claims, and the intention is to evaluate whether the action taken by the contractor in the processing of each claim was correct.*

*The CERT medical review staff includes nurses, consulting physicians, a medical director, and other health care practitioners.*

Cont. on next page

La función principal del Programa CERT es la identificación del pago correcto de las reclamaciones en cuatro categorías. Estas categorías son:

- En el ámbito nacional
- A nivel del contratista
- Por proveedor
- Por beneficio

AdvanceMed seleccionó un total de 2,190 reclamaciones de Puerto Rico y 16 de las Islas Vírgenes Americanas para el período del 1 de julio de 2002 al 30 de junio de 2003. Una vez las reclamaciones fueron identificadas, se registraron en una base de datos. Además, se enviaron cartas a cada uno de los proveedores de las reclamaciones seleccionadas para revisión, solicitándole a éstos que sometieran el expediente médico relacionado a los servicios facturados. Los expedientes que se recibieron fueron evaluados por el personal de AdvanceMed. Aquellos casos en que el proveedor de servicio no sometió la documentación solicitada fueron considerados como reclamaciones pagadas en error, por lo que se sometió a recobro el dinero pagado a estos proveedores. Igualmente, aquellos proveedores que no enviaron el expediente médico serán investigados por la Oficina del Inspector General.

El término utilizado para identificar la corrección del pago de reclamaciones es "Error Rate". En esta muestra la razón de error o "Error Rate" por categoría fue la siguiente:

1. Codificación incorrecta (38%) – fueron aquellos casos en los cuales la documentación en el expediente médico justificaba un nivel de complejidad distinto al servicio facturado o documentaba un servicio distinto al facturado.
2. Falta de documentación (37%) – son aquellos casos donde el proveedor no sometió ningún tipo de documentación a pesar de los múltiples intentos realizados por AdvanceMed.

*The main goal of the CERT Program is to identify the correctness of the claim payment in four categories. These categories are:*

- *On a national scale*
- *At contractors level*
- *By provider*
- *By benefit*

*AdvanceMed selected a total of 2,190 claims from Puerto Rico and 16 from the US Virgin Islands for the period from July 1, 2002 through June 30, 2003. Once the claims were identified, the claim data was entered into a tracking and reporting database. Letters were sent to the providers of the sampled claims requesting them to submit the corresponding medical records. AdvanceMed personnel evaluated the records received and those claims for which the provider failed to submit the requested documentation were identified as paid in error and the payments were recouped. Likewise, the Office of the Inspector General will investigate those providers who failed to send the requested medical records.*

*The term utilized to identify accuracy in payment of claims is "Error Rate". In this sample, the "Error Rate" by category was as follows:*

1. *Incorrect coding (38%) – includes those cases in which, the documentation in the medical records justified a level of complexity different from the services billed or the documented services were different from those billed.*
2. *Lack of documentation (37%) – those cases where the provider submitted no documentation whatsoever in spite of the multiple efforts made by AdvanceMed.*

Cont. on next page



3. Documentación insuficiente (16%) – incluye aquellos casos para los cuales el proveedor sometió documentación. Sin embargo, dichos documentos no fueron suficientes para sustentar el servicio facturado.
4. Documentación sometida no guarda relación con la que se solicitó (4%).
5. Falta de necesidad médica (1%) – incluye aquellos casos en que luego de revisar toda la documentación en el expediente, los especialistas de revisión determinaron que el servicio no era médicamente necesario.
6. Servicios no cubiertos (1%) – al evaluarse el expediente médico, los especialistas de revisión de AdvanceMed determinaron que el servicio prestado es un servicio no cubierto por Medicare.
7. Servicios no prestados (<1%) – la documentación sometida evidenciaba que el servicio facturado no fue realizado.
8. Otros errores (<1%)

Los hallazgos más significativos de la revisión realizada por AdvanceMed fueron:

- a. la falta de documentación adecuada para los servicios prestados y
  - b. la codificación incorrecta de los servicios
- Un 57% del error se puede atribuir a problemas de documentación, los hallazgos más comunes fueron los siguientes:
    - a. A la documentación del expediente médico evaluado le faltaba información para sustentar el servicio prestado.
    - b. No se sometió la información solicitada para evidenciar el servicio facturado.
    - c. La documentación que se sometió no guarda relación con la que se solicitó.

3. *Insufficient documentation (16%) – includes those cases for which the provider submitted documentation. However, the documents were not considered sufficient to uphold the services billed.*
4. *Documentation submitted does not relate to the documentation that was requested (4%).*
5. *Lack of medical necessity (1%) – are those cases in which, after having reviewed all of the documentation, the reviewing specialists found that such services were not medically necessary.*
6. *Services not covered (1%) – in evaluating the medical records, the AdvanceMed reviewing specialists found that Medicare does not cover the service rendered.*
7. *Services not rendered (<1%) - the documentation submitted demonstrated that the services billed were not performed*
8. *Other errors (<1%)*

*The most significant findings during the review carried out by AdvanceMed were:*

- a. *Lack of adequate documentation for the services rendered and*
  - b. *Incorrect coding of services*
- *57% of errors can be attributed to documentation problems, the most common findings being:*
    - a. *The documentation in the medical records lacked information to uphold the services rendered.*
    - b. *The information requested to verify the services rendered was not submitted.*
    - c. *The documentation submitted had no relevance to the documentation that was requested.*

Cont. on next page

- Un 38% del error se atribuye a codificación incorrecta de un servicio:

- a. La documentación sustentaba un nivel de servicio distinto al facturado.
- b. La documentación correspondía a un servicio distinto al código de servicio facturado.

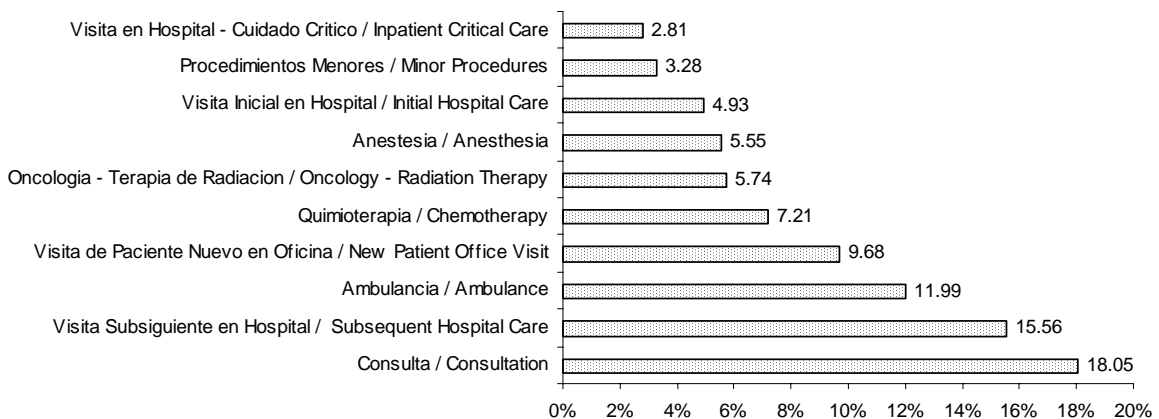
Cuando se analizan los datos de CERT, según los códigos Berenson-Eggers de categoría de servicio (ver gráfica más adelante), vemos que de las diez categorías de servicio que representan la mayor cantidad de dinero pagado en error, cinco de estas son servicios de evaluación y manejo de pacientes. Siendo estas cinco, en orden de mayor a menor cantidad de dinero pagado en error, los servicios de: consulta, visita subsiguiente en hospital, visita de paciente nuevo en oficina, visita inicial en hospital y visita en hospital - cuidado crítico. El error mayor en pagos se identificó respecto a los servicios de consulta y el error mayor en pago por otros servicios no relacionados a códigos de evaluación y manejo fueron los códigos de ambulancia.

- 38% of errors ascribes to an incorrect coding of services:

- a. Documentation sustained a level of service different from that billed.
- b. Documentation corresponded to a service code different from the service code billed.

When CERT data is analyzed, pursuant to the Berenson-Eggers codes for service category (see graphic below), we observe that out of the ten service categories representing the largest amount of money paid in error, five are evaluation and management services. These five being, listed from the largest to the smallest amount of money paid in error: consultation services, subsequent hospital care, new patient office visit, initial hospital care and inpatient critical care. The highest error in payments detected, in this respect, was consultation services and the highest error in payments for services not related to evaluation and management codes were the ambulance codes.

**Distribución del Dinero Recobrado a los Proveedores según Categoría de Servicio**  
**Distribution of Money Recouped from Providers per Service Category**  
 Resumen del Informe de CERT de mayo de 2004  
 CERT's Summary Report for May, 2004



Período: julio de 2002 a junio de 2003 / Departamento de Evaluación  
 Period: July 2002 thru June 2003 / Evaluation Department

Cont. on next page

Es nuestro propósito compartir la información de los errores más comunes que este contratista ha visto mediante su proceso de revisión médica en los servicios de consulta, de ambulancia y de cuidado crítico. Dado lo predominante de los servicios de evaluación y manejo en error se publicará en un futuro cercano otro boletín para la comunidad médica sobre las guías para la documentación correcta de servicios. En este boletín se enfatizará la documentación requerida por CMS para justificar los distintos niveles de servicio de los servicios de evaluación y manejo. Mientras tanto, puede hacer referencia a las Guías de Documentación de Servicios de Evaluación y Manejo del 1995 y 1997 publicadas por CMS, las cuales podrá encontrar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.triples-med.org> bajo la Sección de Proveedores con el título de Evaluación y Manejo.

Deseamos enfatizar que es de suma importancia que en el expediente médico estén debidamente documentados todos los servicios prestados. Igualmente, es importante que dicha documentación sustente los niveles de complejidad facturados y que ésta sea adecuada dado que esto lo protege a usted y a su paciente; ya que es el expediente médico el que justifica y evidencia el trabajo del proveedor. Además, aclara y le da continuidad al cuadro clínico del paciente. Estamos seguros que podemos contar con usted para ayudarnos a reducir nuestro "Error Rate".

*It is our intention to share information on the most common errors that this contractor has found by means of its medical review process regarding consultation, ambulance, and critical care services. Due to the fact that errors in evaluation and management services are widespread, in the near future we will publish another bulletin for the medical community on the guidelines for correct documentation of services. In this bulletin we place emphasis on the documentation required by CMS to justify the various service levels for evaluation and management services. Meanwhile, please refer to the 1995 and 1997 Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services published by CMS, which you may find at the following electronic address: <http://www.triples-med.org> under the Providers Section entitled Evaluation and Management.*

*We wish to emphasize that it is of the utmost importance to adequately document in the medical record all services rendered. Likewise, it is important that such documentation support the complexity levels billed. All this will protect you and your patient, since it is the medical record that justifies and validates the service. Furthermore, it clarifies and gives continuity to the patient's clinical situation. We are certain that we can rely on you to help us reduce our "Error Rate".*

Medical Evaluation /June18, 2004/JLS/els

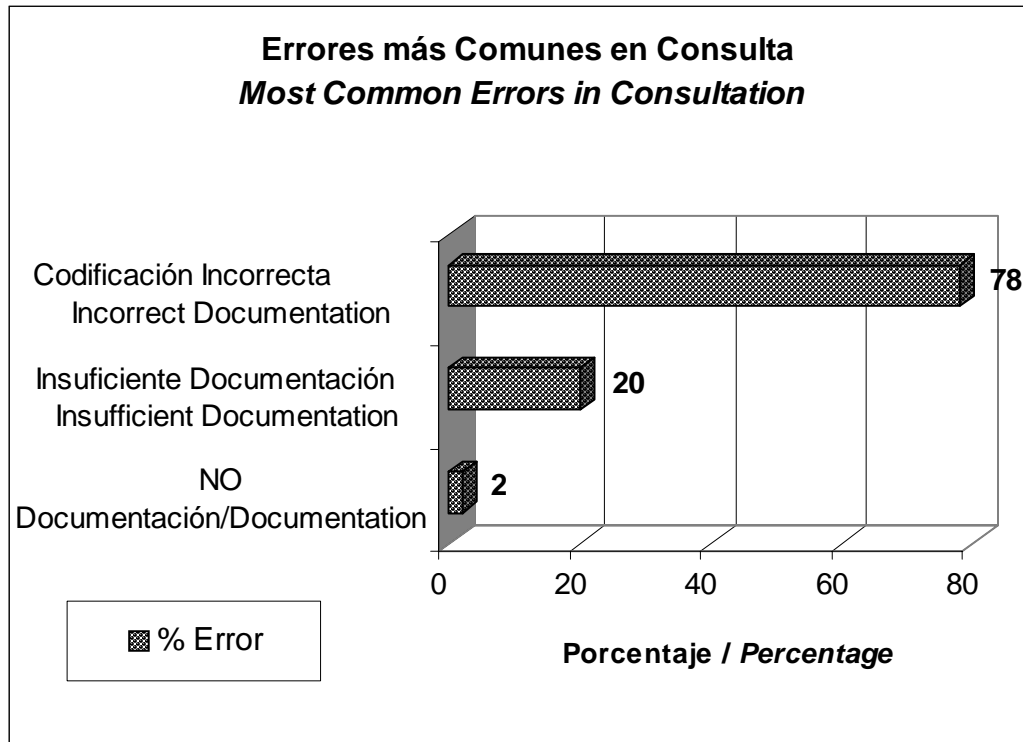


## CÓDIGOS DE CONSULTA

En la muestra de CERT los códigos de consulta fueron los que generaron el mayor recobro a los proveedores. Para los códigos de consulta el 78% de error correspondió a errores en codificación, 20% fue de documentación insuficiente y tan sólo un 2% correspondió a información solicitada por CERT pero no recibida.

## CONSULTATION CODES

*The CERT sample shows that consultation codes generated the largest overpayment/recoupment from providers. For consultation codes, 78% of errors corresponded to coding errors, 20% was insufficient documentation and 2% to information requested by CERT but not received.*



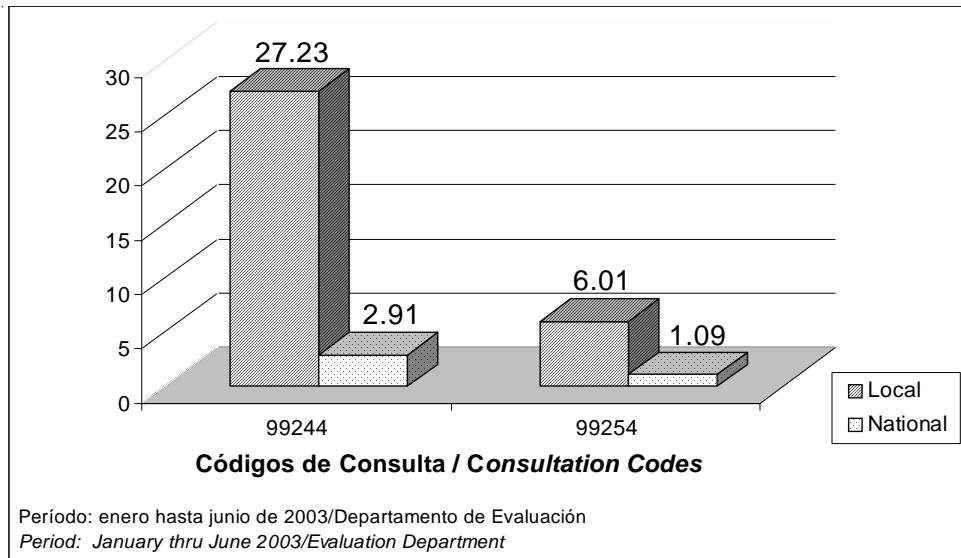
De los códigos de consulta, los códigos: (99254) consulta inicial a un paciente hospitalizado y (99244) consulta en oficina, fueron los que acapararon un 56% de error de CERT. Como se puede apreciar en la gráfica que sigue, hay una mayor facturación para los servicios con estos códigos por cada mil beneficiarios entre nuestra región (Puerto Rico e Islas Vírgenes) y los Estados Unidos (EU). Se evidencia que en nuestra área se facturan 27.23 consultas del código 99244 en tanto que en EU se facturan 2.91 veces, para una proporción de nueve a uno. Mientras que las estadísticas del código 99254 demuestran 6.01 servicios en nuestra región en comparación con 1.09 para EU, una proporción de casi seis a uno.

*Among consultation services, codes (99254) initial inpatient consultation, and (99244) office consultation, accounted for 56% of CERT errors. According to the graphic that follows, those codes are amid the most frequently billed per every 1000 beneficiaries in our region (Puerto Rico and the US Virgin Islands) than in the United States as a whole. It demonstrates that our area bills 27.23 times consultation code 99244 while the US bills the code 2.91 times, for a proportion of nine to one. Meanwhile, statistics show that for code 99254 our region billed 6.01 services compared to 1.09 for the United States, a proportion of almost six to one.*

Cont. on next page

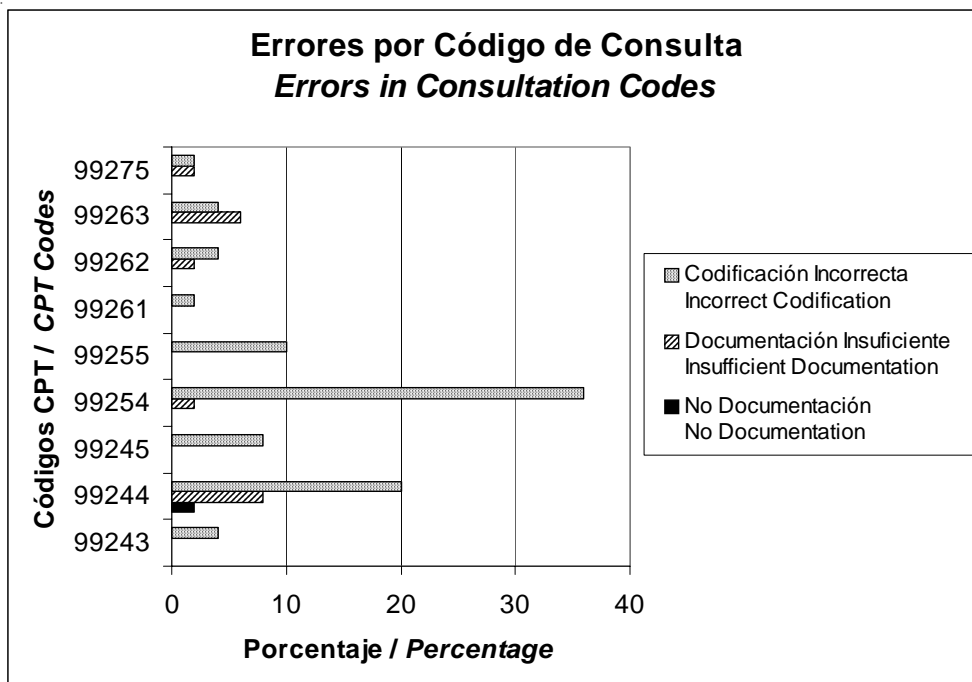
**SERVICIOS DE CONSULTA POR CADA 1000 BENEFICIARIOS (CPT 99244 Y CPT99254)  
PARA PUERTO RICO E ISLAS VÍRGENES Y ESTADOS UNIDOS**

**CONSULTATION SERVICES PER EVERY 1000 BENEFICIARIES (CPT 99244 AND CPT  
99254 FOR PUERTO RICO, FOR THE US VIRGIN ISLANDS AND THE UNITED STATES)**



Los códigos 99244 y 99254 corresponden al nivel de servicio previo al máximo nivel de complejidad que se puede facturar en una consulta de oficina (99244) y de hospital (99254). El código 99254 representó un 36% del error y el 99244 un 20% y en ambos códigos predominó el error de codificación como la causa principal, según la gráfica que sigue:

Codes 99244 and 99254 pertain to the service level prior to the maximum complexity level that can be billed for office (99244) and hospital (99254) consultations. Code 99254 represented 36% of the error and code 99244 20%, and for both codes the predominant error was coding as shown by the graphic that follows:



Cont. on next page

El error más común para las cuatro categorías de consulta (oficina u otro servicio externo, intra-hospitalaria inicial, intra-hospitalaria de seguimiento y consulta de confirmación/segunda opinión) fue documentación no compatible con una consulta sino con un servicio de visita médica. Para beneficio de la comunidad médica, la reglamentación define consulta como; una categoría de servicio provista por un médico cuya opinión o recomendaciones con respecto a un problema específico es requerida por otro médico o por otro profesional.

La solicitud de consulta, verbal o escrita, por un médico u otro profesional debe de estar documentada en el expediente clínico del paciente. La opinión del consultor también debe de estar documentada en el expediente médico del paciente y éste debe comunicar la opinión y los servicios ordenados o prestados a través de un informe escrito, al médico o al profesional que generó la consulta.

Si el médico consultor después de contestar la consulta asume parte o toda la responsabilidad del manejo de la condición del paciente, ya no facturará códigos de consulta sino el código de visita que le corresponda. En el ámbito de hospital después de facturar una consulta inicial sólo se facturará una consulta de seguimiento si el consultor está completando una consulta inicial o si vuelve a ser consultado por el médico (sólo se facturará una consulta inicial por un mismo proveedor por beneficiario). En oficina sólo se codificará una consulta si hay una solicitud de consulta del médico de cabecera que cumpla con todos los elementos antes mencionados.

En el caso de la consulta confirmatoria ésta se puede dar en los cinco niveles de servicio o de acuerdo a la complejidad. En ésta se le solicita al consultor que sólo dé una opinión sobre el diagnóstico, tratamiento y la necesidad del tratamiento ya sugerido por otro profesional al paciente. Esta segunda o tercera opinión puede solicitarla otro médico, el paciente o familiar, o un ente pagador.

Nuevamente, enfatizamos la importancia de que en el expediente médico estén debidamente justificados **todos** los servicios prestados.

*The most common error for the four consultation categories (office or other external service, initial inpatient, subsequent inpatient, and second opinion consultation) was that documentation was not compatible with a consultation service but with an office visit service. For the benefit of the medical community, we want to clarify that regulations defines consultation as: a service category provided by a physician whose opinion or recommendations with respect to a specific problem is required by another physician or by another professional.*

*A request for a consultation, verbal or written, by a physician or some other professional must be documented in the patient's clinical record. The consultant's opinion must also be documented in the patient's medical record, and he must communicate his opinion as well as the services ordered or rendered through a written report to the physician or health professional who generated the consultation.*

*If the consulting physician, after having answered the consultation, assumes part or all of the responsibility for the patient's care, he will no longer bill consultation codes but the corresponding visit codes. For hospital services, after billing an initial consultation you should only bill for subsequent consultations if after completing an initial consultation you are again consulted by the primary physician (only one initial consultation can be billed by the same provider, per beneficiary). For an office visit, only one consultation will be codified provided there is a consultation request from the primary physician, which complies with all of the above-mentioned elements.*

*The confirmatory consultation may occur in the five service levels or according to its complexity. Here, the consultant is only required to offer an opinion over the diagnosis, treatment, and the need for treatment already suggested to the patient by another health professional. Another physician, the patient or a relative, or a paying entity may request this second or third opinion.*

*Once again, we emphasize the importance of keeping medical records duly justifying **all** of the services rendered.*

Medical Evaluation / June 18, 2004/JSL/els

## CUIDADO CRÍTICO

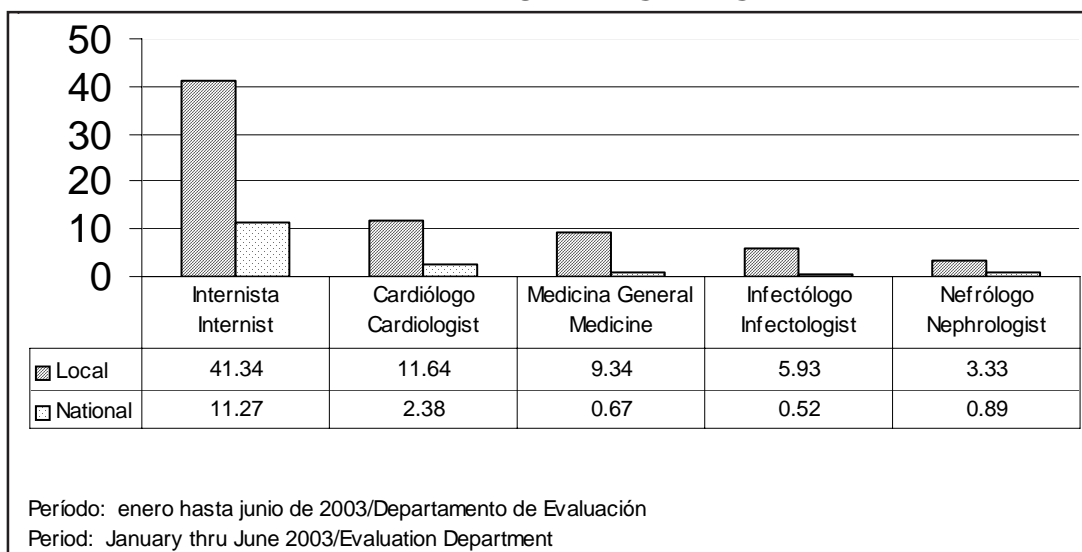
Cuando se compara la facturación del código 99291 (Cuidado Crítico se define como: evaluación y manejo del paciente críticamente enfermo o de un herido en estado crítico durante los primeros 30 a 74 minutos), los médicos Internistas, Cardiólogos, Generalistas, Infectólogos y Nefrólogos de Puerto Rico e Islas Vírgenes superan a sus pares en Estados Unidos.

## CRITICAL CARE

*When we compare billings for code 99291 (Critical Care is defined as: evaluation and management during the first 30 to 74 minutes of a critically ill patient or of someone injured in critical condition), Internists, Cardiologists, General Practitioners, Infectologists and Nephrologists in Puerto Rico and the US Virgin Islands exceed their peers in the United States.*

### SERVICIOS DE CUIDADO CRÍTICO (1ERA HORA) POR CADA 1000 BENEFICIARIOS (CPT 99291) PARA PUERTO RICO E ISLAS VÍRGENES Y ESTADOS UNIDOS

### CRITICAL CARE SERVICES (1ST HOUR) PER EVERY 1000 BENEFICIARIES (CPT 99291) FOR PUERTO RICO, THE US VIRGIN ISLANDS AND THE UNITED STATES



El código de Cuidado Crítico (99291) fue el décimo código asociado con la mayor cantidad de recobro en la muestra de CERT. El 100 por ciento de errores para este código fue debido a codificación incorrecta. Deseamos hacerles participe de los errores más comunes que hemos visto en la facturación del código de servicio (99291) durante la revisión de los códigos de Cuidado Crítico en el ámbito prepago y post-pago. A continuación lo que conlleva el servicio de Cuidado Crítico:

Este servicio incluye el cuidado de un paciente agudamente enfermo o lastimado el cual requiere la atención completa y frecuente del médico a cargo del paciente en una gama de emergencias médicas que implica el manejo y la

*The Critical Care Code (99291) was the tenth code associated with the largest recoupment in the CERT sample. 100 percent of errors for this code were due to incorrect coding. We wish to share with you the most common errors we observed during our review of the Critical Care codes, at both pre-paid and post-paid levels, in the billing of service code (99291). The following is what the Critical Care service entails:*

*This service includes caring for an acutely ill or injured patient, who requires the total and frequent attention of the attending physician in a wide range of medical emergencies involving managing and*

Cont. on next page



toma de decisiones de alta complejidad (en un tiempo establecido por el código) que de otra forma pondría en riesgo la supervivencia del paciente.

Revisamos una muestra aleatoria de expedientes médicos de proveedores que facturaron los códigos de Cuidado Crítico y encontramos lo siguiente:

**Hallazgos:**

- a. Gran parte de los expedientes médicos relacionados a Cuidado Crítico que revisamos demuestran claramente que el paciente estaba en una unidad de cuidado intensivo. Sin embargo, la documentación está carente de información que demuestre que estaba críticamente enfermo.
- b. No se establece la suma total de tiempo de acción de parte del médico en la atención del paciente.
- c. Pacientes que fueron trasladados o admitidos al área de intensivo sólo para monitorizar vitales o medicamentos bajo la supervisión de la enfermera.
- d. Consultas requeridas por el médico de cabecera y facturadas como Cuidado Crítico por la única razón de que el paciente se encontraba en área de cuidado intensivo. La documentación tampoco cumple con los criterios establecidos de Cuidado Crítico.
- e. Documentación de tiempo con procedimientos realizados que se facturan y pagan además del Cuidado Crítico y que no son parte del mismo.
- f. Servicios de Cuidado Crítico donde el tiempo documentado es de 30 minutos o menos y que evidencia una visita de Evaluación y Manejo al nivel correspondiente.

Evaluamos cuidadosamente el uso de estos códigos para asegurarnos que los servicios guardan relación directa con la definición del CPT, los artículos publicados y las charlas informativas llevadas a cabo en los hospitales. Esperamos que esta información le sea de provecho y ayuda para una mejor documentación y facturación.

*decision-making of high complexity (within a time frame established by the code) and which otherwise would place the patient's survival at risk.*

*A random sample of medical records from providers who bill Critical Care codes were reviewed and the following was found:*

**Findings:**

- a. *A large portion of the medical records examined regarding Critical Care clearly showed that the patient was in an intensive care unit. However, the medical records documentation lacks information showing that the patient was critically ill.*
- b. *The total amount of time the physician spent in providing patient care is not shown.*
- c. *Patients who were transferred to or admitted in the intensive care unit in order to monitor vital signs or medication under nurse supervision.*
- d. *Consultations requested by the primary physician and billed as Critical Care for the sole reason that the patient was in the intensive care unit. Documentation also fails to comply with the established criteria for Critical Care.*
- e. *Documentation of time for rendered procedures which are billed and paid in addition to Critical Care, but which are not an element of the Critical Care service.*
- f. *Critical Care Services where the time documented is 30 minutes or less but an Evaluation and Management visit at the corresponding level is evident.*

*We carefully evaluated the use of these codes to make sure that such services were directly related to CPT definitions, to published articles, and to the informative conferences being conducted at hospitals. We hope that this information is of use and help towards a better documentation and billing of your services.*

Medical Evaluation / June18, 2004/DGN/els



## SERVICIOS DE AMBULANCIA

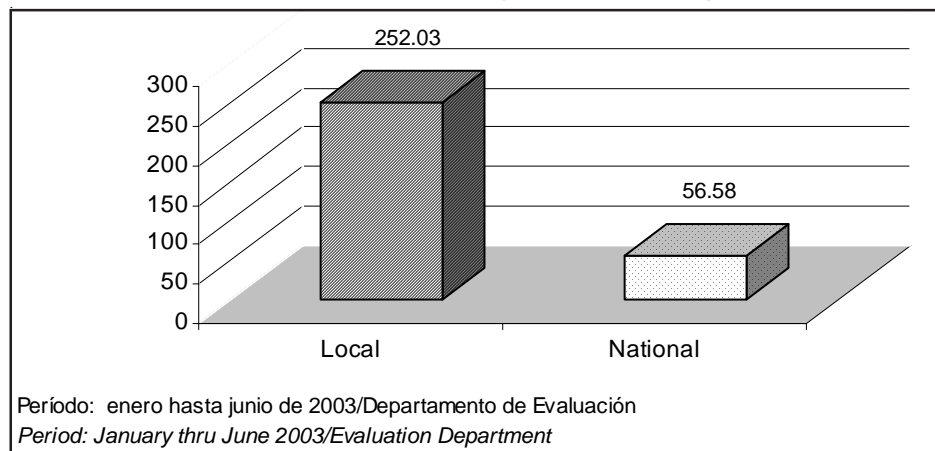
En la muestra de CERT esta categoría de servicio quedó tercera con respecto al dinero recobrado a los proveedores. Los dos códigos que representaron un 12 por ciento del recobro total fueron los códigos A0425, millaje terrestre por estatuto de milla y A0428, transporte no de emergencia, servicios de ambulancia con equipo de resucitación cardiovascular básica. Para Puerto Rico e Islas Vírgenes se puede apreciar, según la gráfica que sigue, que por cada mil beneficiarios se facturan casi doscientos servicios más del código A0428 que en los Estados Unidos.

## SERVICES AMBULANCE

*This service category ranked third in the CERT sample with respect to the money recouped from providers. The two codes that represented 12 percent of the total recoupment were codes A0425, ground mileage per statute mile, and A0428, ambulance service Basic Life Support, non-emergency transport. From the graphic that follows, it can be observed that Puerto Rico and the US Virgin Islands bill service code-A0428, for every 1000 beneficiaries, almost 200 times more than the United States.*

### SERVICIOS DE AMBULANCIA NO-EMERGENCIA APROBADOS POR CADA 1000 BENEFICIARIOS (HCPCS-A0428)

### NON-EMERGENCY AMBULANCE SERVICES APPROVED PER EVERY 1000 BENEFICIARIES (HCPCS-A0428)



La distribución de error de CERT para el código A0428 fue la siguiente:

- 68.75 por ciento de los servicios evaluados estaban en error debido a documentación insuficiente,
- 22.73 por ciento no se dio el servicio
- 5.88 por ciento no eran médicamente necesarios

A su vez, la distribución para el código A0425 fue:

- 87.5 por ciento de los servicios evaluados estaban en error debido a documentación insuficiente,
- 10.53 por ciento no se dio el servicio
- 5.88 por ciento no eran médicamente necesarios.

*The distribution of the CERT error for code A0428 was the following:*

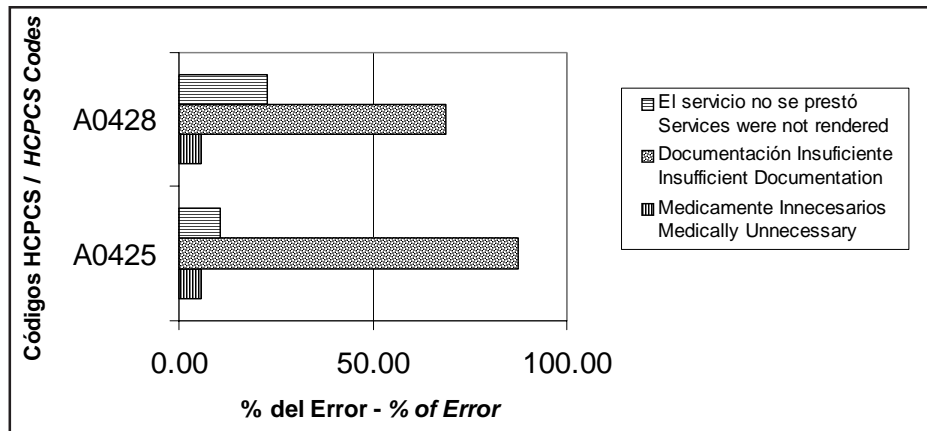
- *68.75 percent of the services evaluated were in error due to insufficient documentation*
- *22.73 percent of the services were not rendered*
- *5.88 percent of the services were not medically necessary*

*At the same time, the distribution for code A0425 was:*

- *87.5 percent of the services evaluated were in error due to insufficient documentation*
- *10.53 percent of the services were not rendered*
- *5.88 percent of the services were not medically necessary*

Cont. on next page

**DISTRIBUCIÓN DE CATEGORIA DE ERROR EN CÓDIGOS DE AMBULANCIA  
DISTRIBUTION OF THE ERROR CATEGORY IN AMBULANCE CODES**



Deseamos orientar a la comunidad médica sobre los requisitos de documentación para los servicios de ambulancia. Con este fin utilizaremos de referencia los errores más comunes que este contratista detectó en la revisión médica de dichos servicios.

Con el propósito de analizar si los servicios prestados cumplían con los criterios establecidos por Medicare, se evaluaron muestras al azar de reclamaciones con los códigos A0428 (“ambulance service Basic Life Support, non emergency transport”) y A0425 (“Ground mileage per statute mile”). Para validar la necesidad médica de estos servicios se le solicitó el **Certificado de Necesidad Médica para Transporte en Ambulancia Terrestre de beneficiarios de Medicare.**

Compartimos los hallazgos de la auditoria en el ánimo de que puedan corregir los errores. A continuación los resultados:

1. Los diagnósticos sometidos en el certificado no justifican la necesidad médica para los servicios de ambulancia. Puede hacer referencia a nuestra política médica “Land Ambulance Services” la cual se encuentra en nuestra página electrónica en: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org), bajo “Medical Policies” (PR - 00973 y 00974 para Islas Vírgenes).
2. La documentación no es legible
3. La información está incompleta.
4. El servicio brindado no cumple con los criterios establecidos por Medicare, ya que según el programa de Medicare un paciente está encamado cuando:

*We want to advise the medical community on the requirements for the proper documentation of ambulance services. With this objective in mind, we make reference to the most common errors detected by this contractor in the medical review of such services.*

*In order to analyze whether the services rendered complied with criteria established by Medicare, random samples of claims with codes A0428 (ambulance service Basic Life Support, non emergency transport) and A0425 (Ground mileage per statute mile) were evaluated. To validate the medical need for these services, we requested the **Medicare Beneficiary Certificate of Medical Necessity for Land Ambulance Service.***

*We share the findings of our audit hoping that they will help you correct the errors. The outcome of the audit is the following:*

1. *The diagnosis submitted in the Certificate does not warrant a medical need for ambulance services. You may refer to our medical policy on “Land Ambulance Services” which can be found at our website: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org), under “Medical Policies” (PR -00973 and for U.S Virgin Islands - 00974).*
2. *Documentation is illegible.*
3. *Information is incomplete.*
4. *The services rendered do not comply with the criteria established by Medicare, since, according to the Medicare Program a patient is bedridden when:*

Cont. on next pag.

- a. No puede levantarse de la cama sin ayuda;
- b. No puede caminar; y
- c. No puede sentarse en una silla o en una silla de ruedas o una de ambas.

Las tres circunstancias tienen que estar presentes para que se entienda que el paciente está encamado; sin embargo, no se debe usar como el único criterio para determinar la necesidad médica.

- 5. En muchos casos el médico que certificó los servicios de ambulancia no firmó e indicó la fecha en original (puño y letra) en el Certificado de Necesidad Médica.
- 6. El certificado, en el caso de pacientes con enfermedad renal terminal, es válido por un período de 60 días previos a la fecha en que se presta el servicio.
- 7. Se recibieron certificados de servicios de ambulancia que eran fotocopias de un mismo servicio donde sólo se cambió la fecha de servicio. Es imperativo que el Certificado de Necesidad Médica que firma el médico por cada servicio este en original.

Esperamos que esta información le aclare dudas sobre la codificación y documentación correcta, y así evitar recobros de servicios en un futuro. Recuerde que contamos con usted para ayudarnos a disminuir nuestro "Error Rate".

- a. *She/He is unable to get out of bed without assistance;*
- b. *She/He is unable to walk; and*
- c. *She/He is unable to sit on a chair or on a wheelchair or both.*

*The above three circumstances must concur in order for the patient to be considered bedridden; however, this should not be used as the sole criterion to determine the medical necessity.*

- 5. *In many cases, the doctor who certified the ambulance service failed to sign and indicate the date in original (handwritten) in the Certificate of Medical Necessity.*
- 6. *The Certificate, in the case of patients with end stage renal disease, is valid for a period of sixty days prior to the date the service is rendered. is valis is*
- 7. *We received photocopies of different Certificates of Medical Necessity, where only the date of the service was changed. It is mandatory that the doctor signs in original each Certificate of Medical Necessity.*

*We hope this information will clarify any doubts regarding coding and correct documentation, thus avoiding recoupment for future services. Remember, we rely on you to help us reduce our "Error Rate".*

**MEDICARE INFORMA**  
**BOX 71391**  
**SAN JUAN, PR 00936**  
**RETURN POSTAGE REQUESTED**

**PRSRT STD**  
**U.S. POSTAGE PAID**  
**SAN JUAN, P.R.**  
**PERMIT NO. 2563**