

Requerimientos Claves para Servicios Ambulatorios de Rehabilitación

Procesos para Medicare Advantage

2026

For English, start on page 23

Objetivos

Al finalizar esta presentación, los proveedores de TNPR:

- Conocerán los requisitos clave para la documentación de los servicios de rehabilitación ambulatoria (terapia) bajo Medicare
- Fomentarán una cultura de cumplimiento con los requisitos de documentación de Medicare



Terapia Física



Marzo de 2018: la Oficina del Inspector General (OIG) publicó este informe: **El 61 % de 300** reclamaciones de Medicare seleccionadas al azar para terapia física ambulatoria no cumplieron con los requisitos de necesidad médica, codificación y/o documentación de Medicare.

91

expedientes no
cumplieron con
necesidad médica

112

no cumplieron con
los requisitos de
documentación de Medicare

145

contenían
deficiencias de
codificación

*Source: <https://oig.hhs.gov/oas/reports/region5/51400041.asp>

¿Qué Requiere Medicare Para La Terapia?



Requisitos Claves

Medicamento razonable y necesaria

Plan de Cuidado (POC) o tratamiento

El paciente está bajo el cuidado de un médico

La documentación respalda la necesidad de servicios
DIESTROS (SKILLED)

Requisitos Claves

Para que un servicio de terapia esté cubierto :

1

**Debe ser médicamente
razonable y necesario**
(CMS Capítulo 15, 220.2)



a) Los servicios deben considerarse, bajo estándares aceptados de la práctica médica, como un tratamiento específico y eficaz para la condición del paciente.

b) Los servicios son calificados como diestros (skilled): deben ser de tal nivel de complejidad y sofisticación, o la condición del paciente debe ser tal, que los servicios solo puedan realizarse de forma segura y eficaz por un terapeuta.

c) Profesionales calificados:

- Se requiere un clínico/terapeuta (PT/OT/ST).
- Los asistentes pueden proveer servicios bajo supervisión general de un terapeuta calificado (PT/OT) y con licencia estatal activa.

Requisitos Claves

Plan de Cuidado (POC)/Plan de Tratamiento:

2

Un plan para proveer el servicio ha sido establecido por un médico o por el terapeuta que brinda el servicio



- a) Un plan para proveer el servicio ha sido establecido por un médico o por el terapeuta que brinda el servicio.
 - Una orden o referido que incluya un plan de tratamiento sirve como POC; no se requiere un POC separado.
 - Un médico puede cambiar o modificar el POC; sin embargo, un terapeuta no puede alterar, añadir o cambiar un plan de tratamiento establecido por un médico sin consulta previa.
- b) Un POC debe contener:
 - Diagnóstico
 - Metas a largo plazo
 - Cantidad, frecuencia y duración de los servicios, razonables bajo estándares aceptados de la práctica.

Requisitos Claves

Plan de Cuidado (POC)/Plan de Tratamiento:

3

El paciente está bajo el cuidado de un médico. Tener una orden con un plan de tratamiento incluido cumple con este requisito



Tener una orden con el plan de tratamiento incluido o un POC firmado por el médico, satisface este requisito.

4

La documentación respalda la necesidad de servicios DIESTROS (SKILLED)



Debe ser **legible**
El formato debe cumplir con Medicare/CMS, leyes estatales y locales, y guías de práctica profesional.

Requisitos Claves

(Continuación – Médicamente razonable y necesario)

Los servicios que no cumplen con los requisitos de terapia cubierta según los manuales de **Medicare**, no son pagaderos como servicios de terapia.



Los ejercicios generales para promover la condición física y la flexibilidad en general y las actividades para proporcionar distracción o motivación general, no constituyen servicios de terapia, según establecido por Medicare.



Ejemplos de actividades no calificadas cuando se proporciona de forma aislada y sin juicio clínico experto:

- ❖ Compresas calientes/frías
- ❖ TENS
- ❖ Masaje

El estiramiento no se considera terapia manual, debe incluirse como parte del ejercicio terapéutico, en combinación con otros ejercicios para mejorar el estado funcional.

“

El diagnóstico o pronóstico no puede ser el único factor para determinar si un servicio es calificado. El punto clave es si se requieren las destrezas de un terapeuta o si el servicio puede ser realizado por personal no calificado.

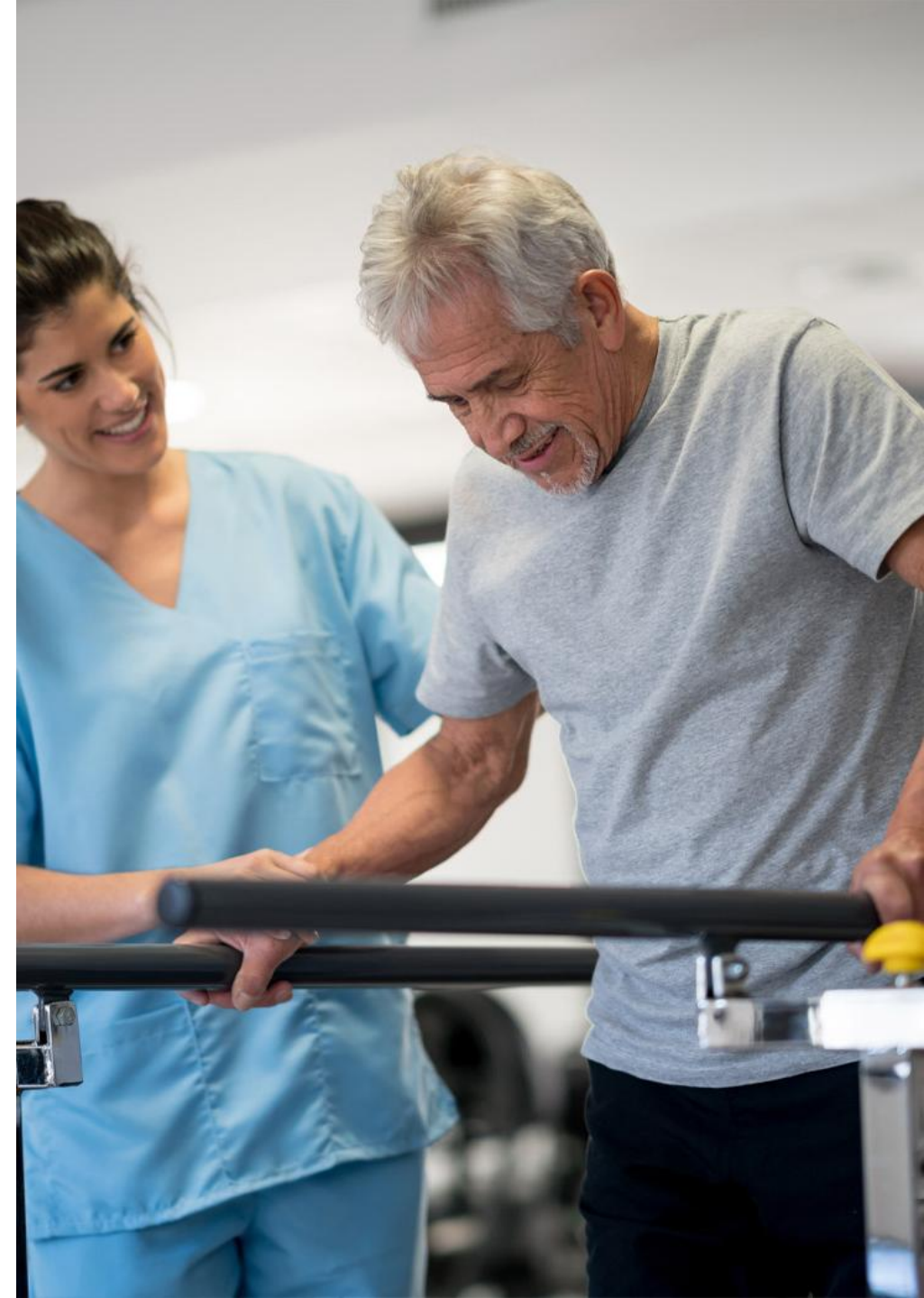
”

Requisitos de Documentación



- **Evaluación/Reevaluación:**
Establece la necesidad médica de una terapia especializada según los hallazgos objetivos y la percepción subjetiva de la función del paciente.
- **Plan de Cuidado**
- **Notas Diarias**
- **Notas de Progreso**
- **Resumen de Alta**

*** (On this presentation we will be addressing Evaluation)



La Evaluación: Componentes según la Asociación Americana de Terapia Física

(APTA, siglas en inglés)



Diagnóstico:

Médico y de tratamiento; específico del paciente



Subjetivo:

Descripción del problema, historia, fecha de inicio, mecanismo de lesión o cirugía, nivel de función previa (PLOF), dolor y cuestionarios subjetivos



Medidas objetivas:

Examen físico, ROM, MMT, pérdida funcional específica, movilidad y pruebas estandarizadas



Evaluación (Assessment):

Estado cognitivo/mental, lista de problemas y metas a corto y largo plazo, medibles y funcionales



Plan de cuidado:

Tipo, cantidad, frecuencia y duración específicas, respaldadas por la necesidad clínica

Medidas Objectivas



La información incluida en las medidas objetivas son la base para establecer las metas de la terapia. Si no esta documentado en las medidas objetivas **no puede haber una meta.**



Es importante describir una línea base funcional en tus medidas objetivas. No es suficiente decir dificultad al caminar, debe ser medible. Por ejemplo: No debe haber una meta de caminar 200 pies si no hay una medida de base de cuantos pies camina.

El estado funcional puede y debe ser basado en pruebas de medición de resultados funcionales estandarizadas e información específica del paciente.

Para personas mayores: >65 años

Considere utilizar la prueba de equilibrio de Berg O la velocidad de la marcha O la prueba de caminata de seis minutos O la escala de Tinetti, O el alcance funcional O el TUG (Timed Up and Go) O la prueba de sentarse y levantarse en 30 segundos.

.....

Para la espalda:

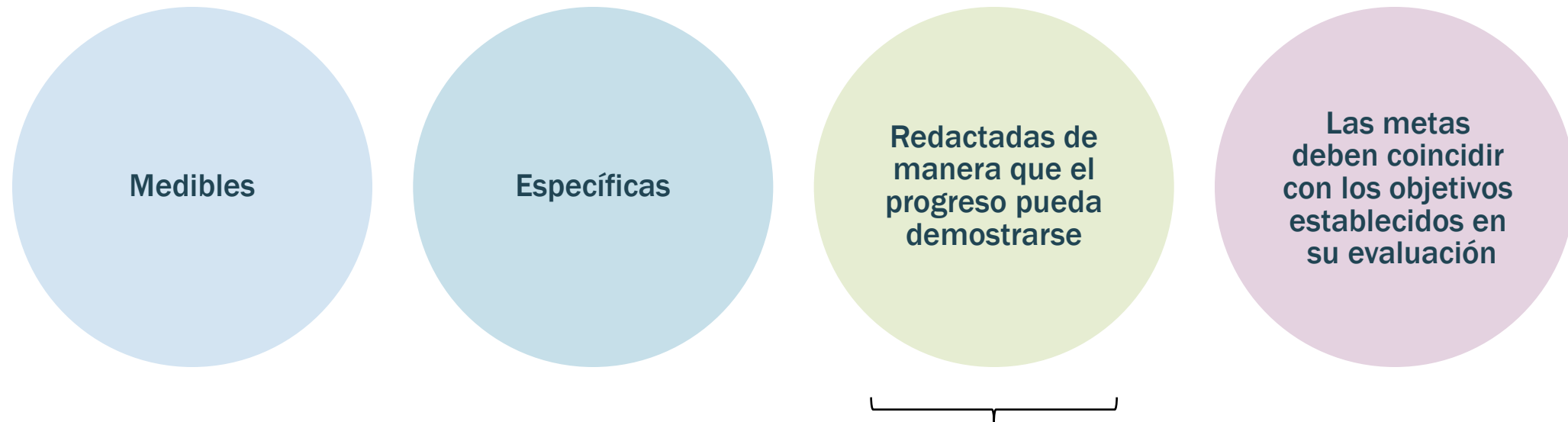
Considere utilizar el Índice de Discapacidad de Oswestry o la Escala Funcional Específica del Paciente o el formulario corto AM-PAC de la Universidad de Boston.

.....

Para la rodilla:

Considere utilizar la puntuación de Lysholm o la LEFS (Lower Extremity Functional Scale / Escala Funcional de Extremidad Inferior) junto con ROM/MMT (rango de movimiento / prueba muscular manual).

Las Metas Deben Ser



Ejemplo: El LEFS es 10/80, pero el paciente demostró fuerza 4/5 en las piernas y 75–100 % de rango de movimiento (ROM) en las piernas con CGA para las transferencias; estos datos no concuerdan entre sí. Utilice pruebas estandarizadas para calcular y documentar el estado basal, el estado en las notas de progreso, las recertificaciones y los resúmenes de alta. Estas pruebas permiten demostrar cambios incrementales que respaldan los objetivos funcionales. Las pruebas estandarizadas PUEDEN relacionarse directamente con el porcentaje de severidad para el reporte funcional, siempre que la prueba estandarizada subjetiva coincida con las medidas objetivas.

Metas (Continuación)

Redacte metas a largo plazo (LTG) que sean específicas del paciente, medibles y funcionales. Deben ser alcanzables dentro del periodo de tiempo del Plan de Cuidado (POC).



Las metas deben estar relacionadas con el paciente y no con el terapeuta.

Ejemplo de meta no aceptable: *Meta a corto plazo (STG): la prueba de Tinetti será evaluada en la próxima visita.*



Las metas a corto plazo deben dar seguimiento al progreso y respaldar la continuidad del cuidado restaurativo o de terapia física diestra/calificada (skilled).

Ejemplo meta aceptable: *Disminuir 5x STST de 25 segundos a 13.5 segundos para reducir el riesgo de caídas a un nivel normal.*



Las metas a largo plazo deben respaldar todo el episodio de cuidado y deben servir como criterios de alta.

Ejemplo: *Marcha independiente, sin dispositivo y sin desviaciones de la marcha, para permitir que el paciente camine hasta el buzón en el exterior.*



Reevaluación o Nota de Progreso

- Solicitud de autorización para un nuevo episodio o para un aumento (upgrade): la información clínica y las medidas/puntuaciones objetivas deben respaldar la necesidad de servicios adicionales.
- Al final de 60 días debe evidenciarse mejoría.
 - Debe seguir su plan de cuidado (ejemplo: 2w4).
Si el plan de cuidado vence, se requiere una reevaluación.
- Debe justificar la necesidad médica de servicios adicionales.
- Revisión del progreso alcanzado y siempre abordar el estado de las metas.
- Describa el tratamiento calificado brindado, actualice las metas e incluya el reporte funcional. Tanto las metas a corto plazo como las metas a largo plazo deben ser medibles y estar relacionadas con la función.
- Las metas deben estar relacionadas con el paciente y no con el terapeuta.



Debe ser completada por el terapeuta físico no por el asistente del terapeuta físico.



Utilice solo abreviaturas aceptadas por la comunidad médica. Si utiliza abreviaturas no reconocidas, debe someter una hoja de referencia de abreviaturas.

Reevaluación o Nota de Progreso (Continuación)

- Someta medidas objetivas específicas de pérdida o limitación funcional y movilidad, como pruebas estandarizadas, grados específicos o porcentaje, FIM scale, etc.
- Sea consistente con las pruebas utilizadas en el mismo paciente. Incluya resultados actualizados para comparación con evaluación anterior.
- Si no hay progreso, documentar barreras o cambios en la intervención para justificar la continuación de servicios.
- En una nota de progreso las metas deben actualizarse.
- **Ejemplo:** Reducir el TUG de 56 a 36 segundos disminuyó el riesgo de caídas, pero no lo eliminó. La nueva meta será reducir el TUG a 20 segundos y que el paciente no presente caídas el próximo mes.



Sea específico al documentar; por ejemplo, puede usar porcentaje para demostrar mejoría en las metas.



Los resultados documentados deben ser sustentados por las notas objetivas.

Discusiones Entre Pares (Peer-to-Peer)



Temas que pudiesen activar las discusiones entre pares (Peer-to-Peer):

El proceso peer-to-peer está diseñado para permitir que el terapeuta revisor comprenda la evaluación realizada por el proveedor (terapeuta).

- Metas que no coinciden con medidas objetivas (o visa versa)
- Limitación funcional no evidente
- Dolor como único problema
- Tratamiento paliativo y no de destreza calificada
- Inconsistencias en fuerza, ROM o escalas con referencia al diagnóstico medico:
Ejemplo: dx M545, dolor lumbar (LBP), pero se enviaron objetivos correspondientes a cuello y hombro
- No hay una descripción de la historia de la condición ni del nivel funcional previo de hace a 6 meses
- Las mediciones de fuerza o ROM no concuerdan con el nivel de impedimento
- La información clínica actualizada no demuestra mejoría en comparación con la evaluación inicial o con la información de hace 1 a 2 meses, sin embargo, el proveedor indica que el paciente está progresando

Discusiones entre Pares (Peer-to-Peer)

Guías para Upgrade



Temas que pudiesen activar las discusiones entre pares (Peer-to-Peer):

El proceso peer-to-peer está diseñado para permitir que el terapeuta revisor comprenda la evaluación realizada por el proveedor (terapeuta).



Nuevo diagnóstico con tratamiento diferente



Nueva lesión o cirugía



Regresión por caída, edema, dolor o rigidez



Múltiples autorizaciones por diferentes partes anatómicas



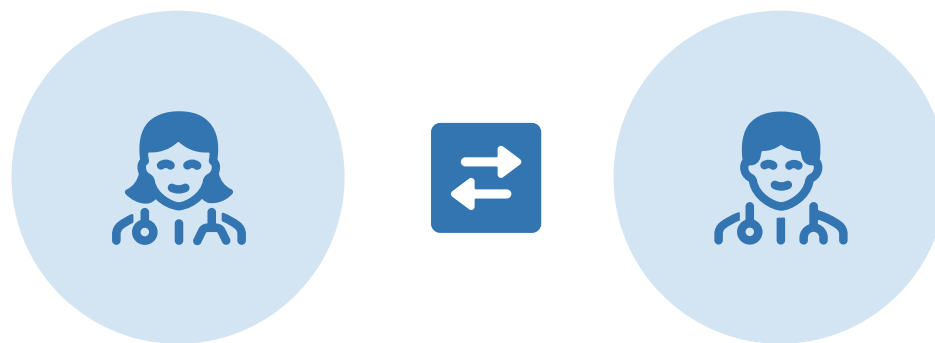
Cambios negativos significativos en pruebas estandarizadas



Cambios en estatus de carga de peso según órdenes médicas

Discusiones Entre Pares (Peer-to-Peer)

Resultados Esperados



- Se puede someter información adicional para aprobación.
- Si hay acuerdo, la autorización se procesa para aprobación.
- Se puede solicitar retiro para agregar información relevante y luego volver a someter.
- Si no hay acuerdo, se envía para revisión médica con recomendación para denegación al plan de salud.

Resumen: Requisitos de Medicare Para la Terapia

- Médicamente razonable y necesaria
- Paciente bajo cuidado médico
- Mejora esperada: Una expectativa razonable de mejora funcional significativa
- Mejora no esperada: La terapia de mantenimiento puede estar cubierta incluso cuando no se espera mejoría, siempre que el servicio sea necesario para mantener la función
- Servicios diestros calificados/destreza (TF/TO/TH)
- Documentación apropiada, debe sustentar la necesidad medica.





SITUACIÓN

- Mujer de 69 años, fractura cerrada de rótula izquierda, 2 semanas s/p reparación del tendón rotuliano.
- La evaluación inicial de fisioterapia reveló un estado funcional de antes de la fractura (PLOF) independiente sin equipo asistivo, un rango de movimiento limitado de la rodilla izquierda de 60 grados y una fuerza de 2+/5. La prueba de sentarse y levantarse 5x fue de 20,06 segundos (normal: 12,7 segundos en mujeres de 60 a 69 años), y la prueba de levantarse y andar (TUG) de 15 segundos (riesgo de caída).
- La evaluación reveló una dificultad máxima y asistencia de contacto (CGA) para actividades como transferencias, ambulación y subir escaleras, con mayor dependencia de un andador con ruedas debido al dolor y la pérdida del equilibrio.
- La evaluación inicial de fisioterapia reveló un nivel grave de deterioro.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Establecer metas para reducir el dolor, aumentar el rango de movimiento y la fuerza para normalizar la ambulación.
- Implementar ejercicios terapéuticos, ejercicios de balance, reeducación neuromuscular y terapia manual para disminuir el dolor, aumentar el rango de movimiento y la fuerza, mejorar el balance y disminuir riesgo de caídas.
- Participación en actividades terapéuticas y entrenamiento de ambulación para mejorar el desempeño funcional hasta alcanzar la independencia.
- Educación sobre programa de ejercicios en el hogar, manejo del dolor, uso adecuado de equipo asistido y precauciones de seguridad.
- **Intervención:** El plan de cuidado (POC) establece tratamiento 2 veces a la semana por 12 semanas.

Ejemplo de METAS:

» A CORTO PLAZO (2-4 semanas):

1. El paciente mejorará el AROM de la rodilla izquierda de una falta de 60 grados a una falta de <30 grados para permitir una mejor flexión de la rodilla durante las transferencias STS y reducir el cambio de peso compensatorio a la extremidad no afectada.
2. Paciente mejorara la fuerza muscular en el cuádriceps izquierdo 2+/5 a 3+/5 para hacer transferencias STS con supervicion y uso minimo de extremidades superiores.

» A LARGO PLAZO (8-12 semanas)

1. El paciente alcanzará un AROM de la rodilla izquierda dentro de los 10 grados de la extremidad contralateral para permitir la negociación recíproca de escaleras y una mejor mecánica de la marcha.
2. El paciente mejorará la fuerza del cuádriceps izquierdo a 4/5 para realizar transferencias STS independientes sin asistencia de UE.

Referencias

- Medicare Benefit Policy Manual: Chapter 15 – Covered Medical and Other Health Services (Rev. 13108; Issued: 04-11-25) <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c15.pdf>
- Código Federal de Regulaciones: Regulación 42CFR424.24, 410.61, and 410.105(c)
- Seminar: Keys to effectively documenting Outpatient Therapy by PT management support systems.
- Seminar Florida Medicaid coverage of PT and OT by Zachary Edgar JD,LLM.
- Información General de Medicare, Elegibilidad y Beneficios: Capítulo 4 – Certificación Médica y Recertificación de Servicios. Revisión más reciente - Rev. 120, 11-02-18. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/ge101c04.pdf>
- Professional Associations:
 1. American Physical Therapy Association (APTA)
<http://www.apta.org>
 2. American Occupational Therapy Association (AOTA)
<http://www.aota.org>
 3. American Speech and Hearing Association (ASHA)
<http://www.asha.org/>

Gracias por los servicios de terapia brindados a nuestros afiliados.

Creado por:

Haydenise Carrion, RPT

Kristen Hernandez, DPT

Lizmarie Olivero Santiago, RPT

Victoria Jimenez Agosto, PT, MBA-HCS

Dennise Monserrate, MD



HEALTH NETWORK ONE

Key Requirements for Documentation of Outpatient Rehabilitation Services

Medicare Advantage Plan Operations

2026

Objectives

At the end of this presentation, TNPR providers will:

- Learn the key requirements for documentation of outpatient rehabilitation (therapy) services under Medicare
- Foster a culture of compliance towards Medicare requirements for documentation



Physical Therapy



March 2018, the OIG released this report:
61% of **300** randomly selected Medicare claims for outpatient physical therapy did not comply with Medicare medical necessity, coding and/or documentation requirements

91

reports did not meet
medical necessity

112

did not meet Medicare
documentation requirements

145

contained coding
deficiencies

*Source: <https://oig.hhs.gov/oas/reports/region5/51400041.asp>

What Medicare Requires for Therapy



Key Requirements

Medically reasonable and necessary

Plan of Care (POC) or treatment

Patient is under the care of a physician

Documentation supports the need for SKILLED services

Key Requirements

In order for a therapy service to be covered:

1

**Must be medically reasonable
and necessary
(CMS Chapter 15 220.2)**



- a) The services shall be considered under accepted standards of medical practice to be a specific and effective treatment for the patient's condition.
- b) Services are **skilled** - The services shall be of such a level of complexity and sophistication, or the condition of the patient shall be such that the services required can be safely and effectively performed only by a therapist.
- c) **Qualified professionals:**
 - Clinician/therapist (PT/OT/ST) must be required.
 - Assistants can provide services under general supervision of a qualified therapist (PT/OT) and with active state license.

Key Requirements

In order for a therapy service to be covered:

2

**Plan of Care (POC)/
Plan of Treatment**



- a) A plan for furnishing the service has been established by a physician or the therapist providing such service.
 - An order/prescription including a treatment plan serves as a POC and there is no need for a separate POC.
 - A physician can change or alter the POC; but a therapist cannot alter, add or change a treatment plan established by physician without prior consultation and this new POC has to be signed by physician, or new prescription will be required. Therapist is responsible of discussing with referring MD when POC does not meet medical necessity or comply with Medicare guidelines.

- b) A POC should contain:
 - Diagnosis
 - Long-term goals
 - The amount, frequency, and duration of the services must be reasonable under accepted standards of practice.

Key Requirements

In order for a therapy service to be covered:

3

Patient is under the care of a physician



Having an order with treatment plan included or a POC signed by physician, satisfies this requirement.

4

Documentation supports the need for **SKILLED** services



Needs to be **LEGIBLE**.
Format needs to comply with Medicare/CMS, state and local laws and professional practice guidelines from professional associations.

Key Requirements

(Continuation medically reasonable and necessary)

Services that do not meet the requirements for covered therapy services in **Medicare** manuals are not payable using codes and descriptions as therapy services. For example, services related to activities for the general good and welfare of patients:



General exercises to promote overall fitness and flexibility and activities to provide diversion or general motivation, do not constitute therapy services for Medicare purposes.



Examples of Non-skilled treatments when provided alone and without skilled clinical judgment:

- ❖ Hot/cold pack
- ❖ TENS
- ❖ Sedative Massage

Stretching is not considered manual therapy. Stretching as part of therapeutic exercise, in combination with other exercises to improve functional status should be covered.

“

While a patient’s particular medical condition is a valid factor in deciding if skilled therapy services are needed, a beneficiary’s **diagnosis or prognosis** cannot be the sole factor in deciding that a service is or is not skilled. The key issue is whether the skills of a therapist are needed to treat the illness or injury, or whether the services can be carried out by non-skilled personnel.

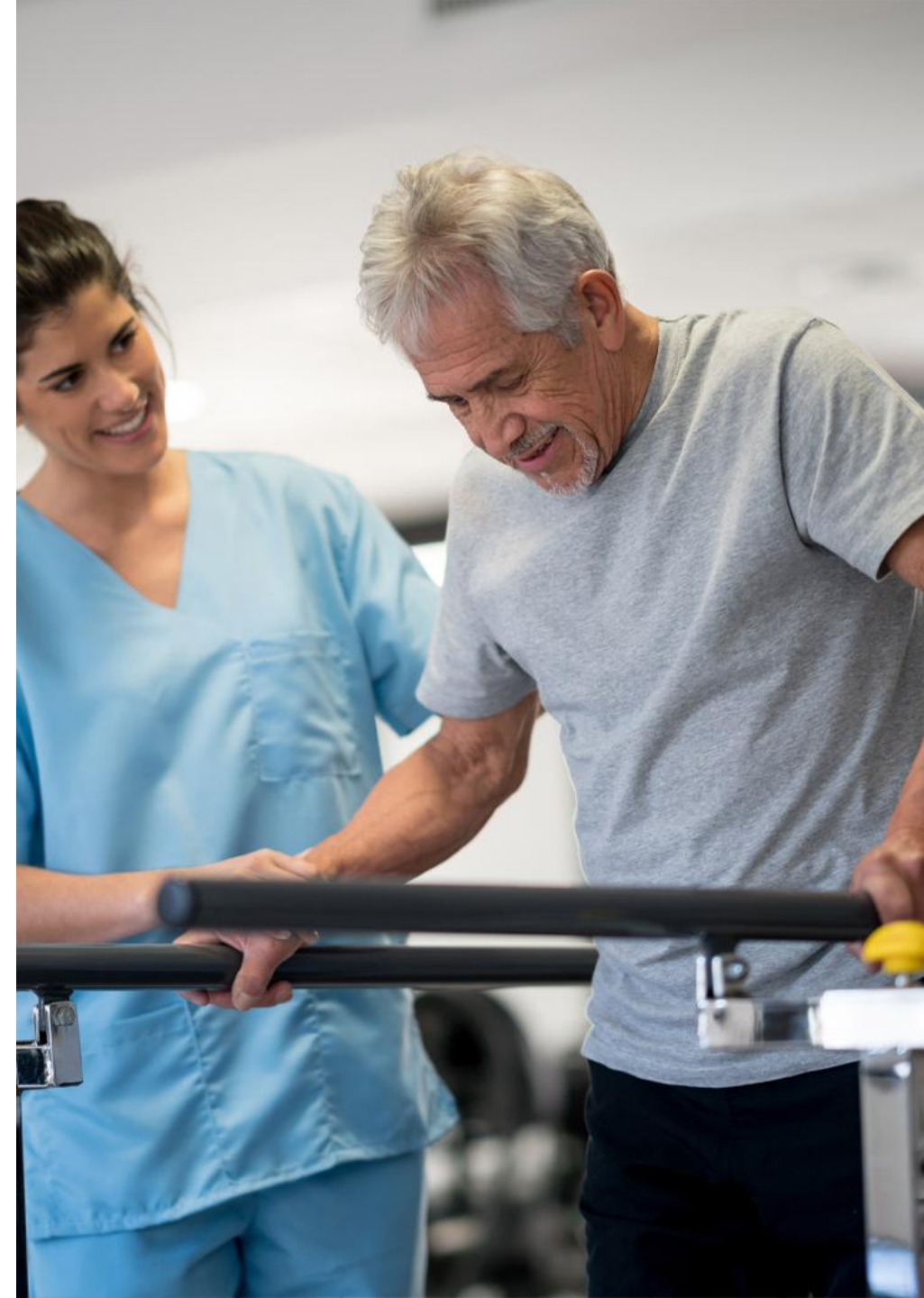
”

Documentation Requirements



- **Evaluation/Reevaluation:**
Establishes medical necessity for skilled therapy according to objective findings and patient's subjective perception of function.
- **Plan of Care**
- **Daily Notes**
- **Progress Notes**
- **Discharge Summary**

***On this presentation we will be addressing Evaluation



The Evaluation: Components Per the APTA



The Diagnosis

Medical and treatment diagnosis. The diagnosis should be patient specific. The medical diagnosis should support the need for therapy services, and the therapy diagnosis needs to support your rationale for therapy.



Subjective

Patient describes problem, **history** of the condition with onset date and mechanism of injury or surgery (date and type of surgery), premorbid function or prior level of function (PLOF) of last 6 months if condition is chronic, pain, subjective questionnaire.



Objective Measures

Physical exam, ROM, MMT, specific functional loss and mobility status, standardized test results to justify services.



Assessment

Cognitive/mental status, list of problems **Goals** – short term and long-term goals (objectively measurable and function related) within a time frame.



Plan of Care/Plan of Treatment

The type, amount, specific frequency and specific duration of therapy. The frequency and duration should be supported by the clinical needs of each patient.

Objective Measures



The information included in your objective measures is the basis of the goals set for therapy. If it is not documented in your objective measures, it **cannot be a goal**.



It is important to describe **baseline function** in your objective measures. Your objectives measures should not state “difficulty with walking” and your goal should not be “walk 200 feet to the mailbox” if there is no baseline in your objective measures.

Functional status can and should be based on outcome measures and patient specific information.

For the elderly: >65 years

Consider using the Berg balance test or gait speed or the six minute walk test or the Tinetti, OR functional reach or the TUG or the 30 second sit to stand test.

.....

For the back:

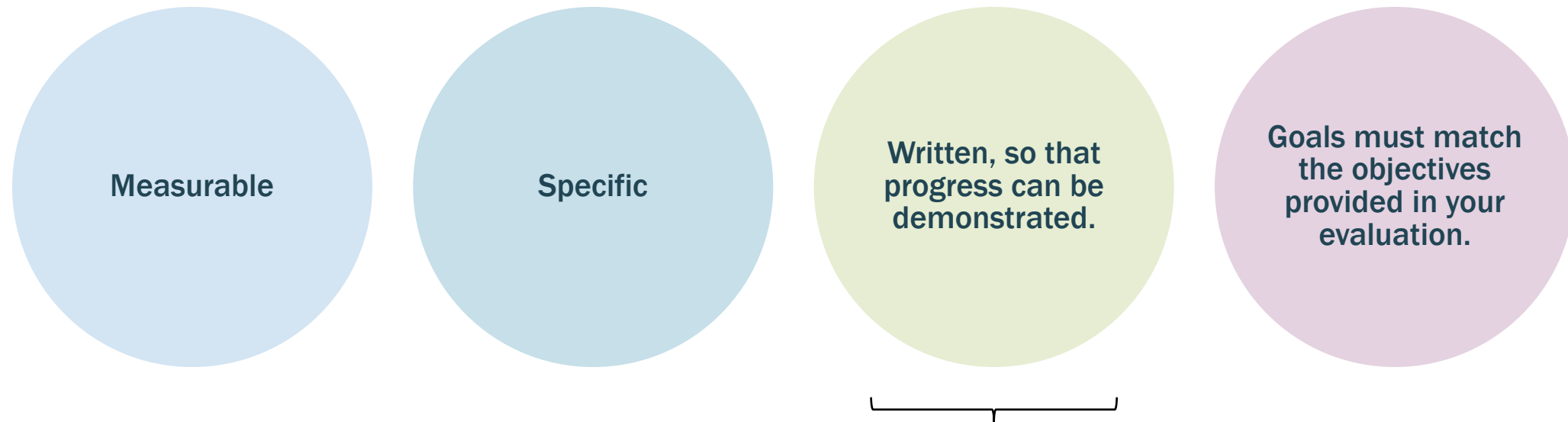
Consider using the Oswestry disability index or the patient specific functional score or the Boston University AM-PAC short form.

.....

For the knee:

Consider using the Lysholm score or the LEFS in conjunction with ROM/MMT.

Goals Need to Be:



Example: Patient with total knee replacement-the LEFS is 10/80, but the patient demonstrated 4/5 strength in the legs and 75-100% ROM of the legs with contact guard assistance for transfers, these two do not match. Use standardized tests to calculate and document baseline status, status on progress notes, recerts and discharge summaries. These tests allow to demonstrate incremental changes to support functional targets. Standardized tests CAN directly relate to percentage of severity for functional reporting – providing the subjective standardized test matches your objective measures.

Goals (Continued)

Write LTG's that are patient specific, measurable and functional.
They need to be achievable within the time frame of POC.



The goals should relate to the patient and not the therapist.

EXAMPLE OF NON-ACCEPTABLE GOAL: *STG: The Tinetti will be assessed on the next visit.*



Short term goals should track progress and support the ongoing restorative or skilled PT care.

EXAMPLE OF GOOD GOAL: *Decrease 5x STST from 25" to 13.5" to reduce fall risk to a normal level.*



Long-term goals should support the entire episode of care and should be your discharge criteria.

EXAMPLE: *Independent gait without device and gait deviations to allow patient to walk to the mailbox outside.*



Re-Evaluation or Progress Note

- All authorization requests for new episode or upgrade must have included clinical information and objective scores that support the need for additional services.
- At the end of **60 days** your objectives need to show how the patient has improved.
Note: You also need to follow your plan of care (Example: 2w4). If the plan of care expires, a re-evaluation is needed.
- This provides justification for **medical necessity** for additional treatment.
- Review of the progress made and always address the goal status.
- Describe the skilled treatment provided, update the goals and include functional reporting. (Both short term goals and long-term goals) should be measurable and relate to function.
- The goals should relate to the patient and not the therapist.



All Evaluations, Re-Evaluations **MUST** be performed by the Physical Therapist not the physical therapist assistant.



Do not use non-standardize abbreviations unless you submit an abbreviation cheat sheet.

Re-Evaluation or Progress Note (*Continued*)

- Submit specific objective measures of functional loss and mobility, such as standard test scores, specific degrees or percentages, FIM scale.
- Be consistent with the tests being used. Do the same test to facilitate comparison with prior evaluation. Include updated test results to support ongoing skilled services.
- If progress is not met, the documentation should state the barriers to progress, incremental progress or changes in interventions to support ongoing skilled care.
- On a progress note, goals should be **upgraded** and **updated**.
 - a) *The goal is to decrease TUG from 56 secs to 36 secs to decrease risk of falls (the patient has fallen 2x in the past month prior to PT). If you document patient's TUG decreased from 56 seconds to 36 seconds which has improved but patient is still at risk for falls then the updated/new goal on the re-evaluation or 2nd evaluation would be to decrease TUG from 36 seconds to 20 seconds to decrease risk of falls and patient will have no falls in the next month.*



When documenting be specific:
e.g. you may use percentage to
demonstrate goal improvement.



Documented outcomes should be
supported by your objective notes.

Peer-to-Peer Discussions



**Topics that Trigger
Peer-to-Peer Discussions:**
Peer-to-peer is designed
to allow reviewing therapist
to understand assessment
by treating provider

- The **goals** do not match the **objective measures** in the clinical note (or visa versa)
- The functional impairment is not evident
- Pain is the only problem patient is presenting
- Palliative treatment for pain and no skilled treatment
- The objective measures in the evaluation do not match the diagnosis from the MD. (Example: dx M545, LBP. Objectives forwarded for neck and shoulder)
- There is no description of the history of the condition or prior level of function (PLOF) of 6 months ago
- Strength or range of motion measurements do not match the impairment level. E.g., Gait without an AD when bilateral lower extremities are 2/5 strength. Or Knee flexion 120 degrees but the patient is unable to ambulate stairs due to lack of motion
- The updated clinical information does not show any improvement from the initial evaluation or from 1 to 2 months ago, but the provider indicates the patient is progressing

Peer-to-Peer Discussions (Continued)

Upgrade Guidelines



Topics that Trigger Peer-to-Peer Discussions:

Peer-to-peer is designed to allow reviewing therapist to understand assessment by treating provider



New dx that needs a different treatment or new injury/surgery to same extremity or body part



Different providers for same discipline treating



A regression/decline due to an incident fall, edema, increased pain or stiffness



Multiple requests for different body parts with no particular or specialized treatment

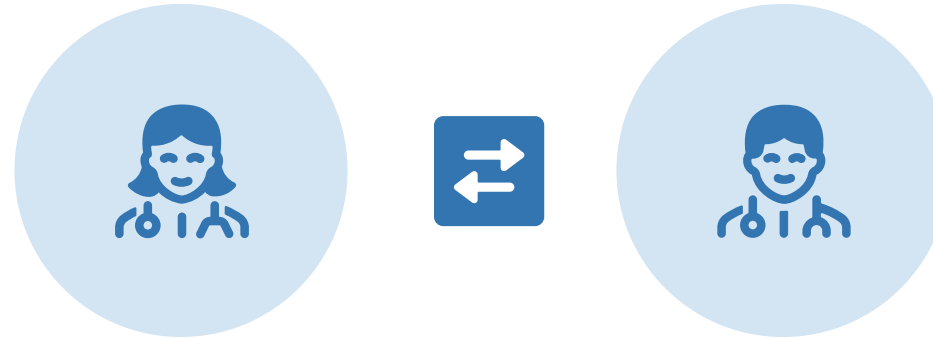


Significant negative changes in standard test scores



Changes in WB status per MD orders

Outcomes of Peer-to-Peer



- Additional clinical information as discussed in peer-to-peer may be submitted for processing of an **approval**
- If an agreement is reached, authorization will be processed for **approval**

- A provider may request a **withdrawal** to add critical components as discussed in peer-to-peer to resubmit request and be processed for **approval**
- If an agreement is not reached and provider disagrees with peer-to-peer review case will be sent for medical review as **recommendation for denial to the health plan**

Summary: What Medicare Requires for Therapy

- Medically reasonable and necessary - An **effective** treatment for the patient's condition.
- The patient is under the care of a physician - An order with treatment plan or a POC established by therapist and signed by physician.
- Improvement expected - A reasonable expectation of **significant functional improvement**.
- Skilled maintenance therapy may be covered even when improvement is not expected when the service is necessary to **maintain function**.
- Skilled - The **skills of a clinician/therapist (PT/OT/ST)** must be required. Qualified professionals such as assistants can provide services under general supervision of a qualified therapist and who is working under the states scope of practice in the state in which services are being rendered.
- Proper documentation - Complete records showing the dates, specific service, minutes per code, and provider signature. Documentation supports medical necessity.





SITUATION

- 69-year-old female left patellar closed fracture, S/P patellar tendon repair 2 weeks ago.
- Initial Physical Therapy evaluation revealed PLOF independent with out AD, limited range of motion of left knee by 60 degrees and strength 2+/5, CGA for transfers and ambulation.
- 5x Sit to Stand test was 20.06 seconds (Norm 12.7 seconds on female 60-69 years), Timed Up and Go (TUG) 15 seconds (fall risk). Evaluation revealed maximal difficulty for activities such as transfers, ambulation and stair negotiation with increased dependency on a wheeled walker due to pain and decreased balance.
- Initial physical therapy evaluation revealed severe level of impairment.

TREATMENT PLAN

- Set goals to reduce pain, increase range of motion and strength to normalize ambulation.
- Implement therapeutic and balance exercises, neuromuscular reeducation and manual therapy to decrease pain, increase range of motion and strength. Improve balance and reduce risk of falls.
- Participation in therapeutic activities/gait training to improve functional performance to independent.
- Educate patient on home exercise program, pain management, and proper use of assistive equipment and safety precautions.
- **Intervention:** Plan of care (POC) states 2/week for 12 weeks.

Example of GOALS:

» SHORT TERM GOALS (2-4 weeks):

1. Patient will improve left knee AROM from lacking 60 degrees to lacking <30 degrees to allow for improved knee flexion during STS transfers and reduce compensatory weight shift to uninvolved limb.
2. Patient will improve left quad strength from 2+/5 to 3+/5 to perform STS transfers with minimal use of UE assist from chair height.

» long-term GOALS (8-12 weeks)

1. Patient will achieve left knee AROM within 10 degrees of contralateral limb to allow for reciprocal stair negotiation and improved gait mechanics.
2. Patient will improve left quad strength to 4/5 to perform independent STS transfers without UE assist.

References

- Medicare Benefit Policy Manual: Chapter 15 – Covered Medical and Other Health Services (Rev. 13108; Issued: 04-11-25) <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c15.pdf>
- Código Federal de Regulaciones: Regulación 42CFR424.24, 410.61, and 410.105(c)
- Seminar: Keys to effectively documenting Outpatient Therapy by PT management support systems.
- Seminar Florida Medicaid coverage of PT and OT by Zachary Edgar JD,LLM.
- Información General de Medicare, Elegibilidad y Beneficios: Capítulo 4 – Certificación Médica y Recertificación de Servicios. Revisión más reciente - Rev. 120, 11-02-18. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/ge101c04.pdf>
- Professional Associations:
 1. American Physical Therapy Association (APTA)
<http://www.apta.org>
 2. American Occupational Therapy Association (AOTA)
<http://www.aota.org>
 3. American Speech and Hearing Association (ASHA)
<http://www.asha.org/>

**Thank you for the therapy services provided
to our members. You are very appreciated.**

Created by:

Haydenise Carrion, RPT

Kristen Hernandez, DPT

Lizmarie Olivero Santiago, RPT

Victoria Jimenez Agosto, PT, MBA-HCS

Dennise Monserrate, MD



HEALTH NETWORK ONE