HEALTH CARE AUTHORITY

SURVEY - LCA & CI AGENCY CASE FILE BILLING TOOL

Agency/Region:
Surveyor:
Date/Time:

INDIVIDUAL'S NAME & IDENTIFIER:

Document Service Code and Modifier (One Sheet per Service)

- Supported Living ***(T2016 OR H2022) (Daily)***
- Family Living ***(T2033) (Daily)***
- Customized In-Home Supports ***(S5125) (15 min)***
- Intensive Medical Living Supports ***(T2033 HB TG) (Daily)***
- Customized Comm. Supports ***(H2021 or T2021) (15 min)***
- Community Integrated Employment: ***T2019 (15 min), T2025 (Monthly), 99509 (Hourly), T2013 (Hourly)***
- ***Surveyor:*** ***ALL AREAS MUST BE DOCUMENTED IN UNITS (I.E. 15 MINUTES, HOURLY, MONTHLY, ETC.) AS REFELCTED IN REMITTANCE ADVICE***

Total Units Documented in Progress notes (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Advice)***	**Total Units Documented in Progress notes** (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Advice)***	**Total Units Documented in Progress notes** (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Advice)***	***Surveyor Instruction:*** *Must document findings to include no document for service billed; no time in/out; no signature; no service description, etc. must include date of finding. (Refer to Chapter 21 or Medicaid Billing requirements in NMAC 8.302.2). This would not be met if there are any billing deficiencies*
MONTH 1	MONTH 1	MONTH 2	MONTH 2	MONTH 3	MONTH 3	
1)		1)		1)		
2)		2)		2)		
3)		3)		3)		
4)		4)		4)		
5)		5)		5)		
6)		6)		6)		
7)		7)		7)		
8)		8)		8)		
9)		9)		9)		
10)		10)		10)		
11)		11)		11)		
12)		12)		12)		
13)		13)		13)		
14)		14)		14)		
15)		15)		15)		
16)		16)		16)		
17)		17)		17)		
18)		18)		18)		
19)		19)		19)		
20)		20)		20)		
21)		21)		21)		
22)		22)		22)		
23)		23)		23)		
24)		24)		24)		
25)		25)		25)		
26)		26)		26)		
27)		27)		27)		
28)		28)		28)		
29)		29)		29)		
30)		30)		30)		
31)		31)		31)		