PROVIDER BULLETIN No. 15-30

Date: September 1, 2015

To: Medicaid Personal Assistance Service Providers

From: Calder A. Lynch, Director
Division of Medicaid and Long-Term Care

By: Debbie Flower, Program Specialist
Division of Medicaid and Long-Term Care

Re: Personal Assistance Service (PAS) Provider Record of Services Form

Effective October 15, 2015, all PAS providers must submit a "Provider Record of Services" (Form MC-37) with a claim for payment. The Provider Record of Services is a timesheet that documents times and units of service delivery for the tasks performed. The Personal Assistance Service Time Sheet (Form MC-39) will no longer be accepted as documentation with claims received on or after October 15, 2015.

Providers must complete the Provider Record of Services (Form MC-37) to record PAS tasks authorized and performed, which may include assistance with activities of daily living, supportive services, and specialized procedures. A copy of the Provider Record of Service Form is attached.

As a reminder, documentation to support provision of services to each client is required pursuant to 471 NAC 15-006.05. In accordance with federal requirements, this information must be kept for six years. This would include the Provider Record of Services and any additional documentation that supports services to each client served.

If you have any questions about this provider bulletin, please contact Debbie Flower at (402) 471-9462 or Debbie.Flower@nebraska.gov

Attachment

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Division of Medicaid and Long-Term Care / División de Medicaid y Cuidado de Largo Plazo

Provider Record of Services / Registro del Proveedor de Servicios

This Record of Services is a legal document completed by you to record the dates and units of service provided. Both the provider and the client must sign and date this record verifying the accuracy of this information. A description of services provided must be recorded. This Record of Services with the billing document must be submitted within 90 days of service and can be submitted semi-monthly or monthly. Return this Record of Services with the billing document to your specified worker. The Provider is responsible for keeping records for six years.

Este registro de servicios es un documento legal efectuado por usted para registrar las fechas y unidades de servicio prestados. Tanto el proveedor como el cliente deben firmar y fechar este registro verificando la exactitud de esta información. Una descripción de los servicios prestados debe ser registrada. El Registro de Servicios con el documento de facturación deben ser enviados dentro del plazo de 90 días del servicio, y pueden ser enviados quincenalmente o mensualmente. Regrese este Registro de Servicios con el documento de facturación a su trabajador asignado. El Proveedor es responsable de mantener los registros por seis años.

Client's Name / Nombre del Cliente	Client's ID Number / # de Identificación del Cliente	Provider Name / Nombre del Proveedor

Service Provided: Servicio Prestado:		
Child Care/Cuidado Infantil (9704) In-Home Child Care/Cuidado Infantil en el Hogar (2500) Chore/Quehaceres (1691)	Home Again (8234) Independence Skills Building//Desarollo de Destrezas para la Independencia (8382) In-Home Independence Skills Building/ / Desarollo de Destrezas para la Independencia en el Hogar (9233)	Respite/Relevo para el descanso del cuidador (7395) In-Home Respite/Relevo para el descanso del cuidador en el hogar(1113) Personal Assistance Services (4475) Servicio de Asistencia Personal (4475)

Month/Mes	Year/Año

Date/ Fecha	Service Code/ Código del Servicio	Time in and out/ Tiempo de incio y de Fin			Description of Authorized Services Provided/ Descripción de los Servicios Prestados	Quarterly Units Unidades trimestrales	Hourly Units Unidades de Hora	Partial Day Units/ Unidades de Día Parciales	Daily Units/ Unidades diarias	Occurrence units / Unidades de frecuencia
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								
		In/Incio								
		Out/Fin								

I hereby certify that the above hours/days are correct and accurate and understand that fraudulent claims may result in prosecution. PPor medio de la presente doy fe de que las horas/ días arriba anotados son correctos y exactos, y entiendo que las reclamaciones fraudulentas pueden resultar en una acción penal.

Signature of Individual Providing Services/Firma del Proveedor	Date/Fecha	Provider Number/Número del Proveedo	Client/Guardian Signature/Firma del Cliente/Guardián	Date/Fecha

Instructions

USE: Form MC-37-ES is used by individual service providers to record the number of hours and the services provided to clients.

COMPLETION: Complete Form MC-37 by completing all fields as indicated:

Enter the time you began working each day and designate a.m. or p.m. in the “From” column for that specific date. Enter the time you stopped working each day and designate a.m. or p.m. in the “To” column for that specific date. If you start and end more than one time during a day, enter all the start and end times and designate a.m. or p.m. Enter total number of hours worked for that day.

SIGNATURE: At the end of the billing period, semi-monthly, or monthly, the service provider signs and dates this form, and includes his/her address and provider number. The client/representative must sign and date this form after it is completed by the provider.

DISTRIBUTION: Form MC-37-ES is a fillable form. The service provider sends the original with Form HHS-5N, Health and Human Services Billing Document, for processing and retains a copy.

RETENTION: Form MC-37-ES is retained for 6 years by the provider and in the provider file.

Instrucciones

USO: Los proveedores de servicios individuales deben usar el Formulario MC-37-ES para registrar el número de horas y los servicios prestados a los clientes.

LLENAR: Diligencie el Formulario MC-37-ES llenando todos los campos según se indique.
Anotar la hora en la que comenzó a trabajar cada día e indique a.m o p.m en la columna “Desde” en esa fecha específica. Anote la hora en que terminó de trabajar cada día e indique a.m o p.m en la columna “Hasta” en esa fecha específica. Si usted comenzó y terminó más de una vez en un día, anote todas las horas de inicio y de finalización e indique a.m o p.m. Anote todas las horas de trabajo de ese día. Al final de cada semana, anote el número total de horas de trabajo de la semana. Haga una descripción de los servicios autorizados prestados cada día. .

FIRMA: Al final del periodo de facturación, quincenalmente o mensualmente, el proveedor del servicio firma y fecha este Formulario e incluye su dirección y número de proveedor. El cliente/representante debe firmar y fechar este formulario después de que haya sido diligenciado por el proveedor.

DISTRIBUCIÓN: El Formulario MC-37-ES es una forma rellenable. El proveedor del servicio envía el original junto con el Formulario HHS-5N, N-Focus Health and Human Services Billing Docu¬ment, para que una copia sea procesada y guardada .

CONSERVAR: El Formulario MC-37-ES lo conserva el proveedor durante 6 años en sus archivos.