

<input type="checkbox"/> MANUAL REVIEW Hospital Name: _____	
Physician: _____	Referring MD Name: _____
Admission Date: (DD / MM / YY) / /	Referring MD Provider #: _____
Transfer to ICU Date: (DD / MM / YY) / /	Diagnostic Code: _____

CONSULTS / VISITS	A	C	PREMIUM*												DATES (D/M/Y)			
			K	C	0	1	4	5	6	7	86	87	88	89		C101		
Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Admission Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
ICU Admission Premium (00-07:00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Repeat Consult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Specific Assess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Complex Assess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Specific R/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Comprehensive Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Pronounce Death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
MRP Day2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
MRP Day3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
MRP Discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /

NON-VENTED			VENTED			DATES (D/M/Y)
G400 (1)	G401 (2-30)	G402 (30+)	G557 (1)	G558 (2-30)	G559 (30+)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /

CARDIOLOGY v01

TIME-BASED SERVICES	# UNITS (1 Unit=20min, 2=46, 3=76)	DATES (D/M/Y)
Interview POA <input type="checkbox"/> K002	<input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3	/ /
Individual counsel <input type="checkbox"/> K013 (1st 3)	<input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3	/ /
Family critical council <input type="checkbox"/> K015	<input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3	/ /
Case conference <input type="checkbox"/> K121	Minutes <input type="checkbox"/> _10 <input type="checkbox"/> _16 <input type="checkbox"/> _26 <input type="checkbox"/> _36 <input type="checkbox"/> _46	/ /
Death Certificate <input type="checkbox"/> C771	(incl. in A/C 777)	/ /
CCAC Application <input type="checkbox"/> K070		/ /

INPT VISITS <input type="checkbox"/> C602/C607/C609 <input type="checkbox"/> E083 <input type="checkbox"/> C608 <input type="checkbox"/> C121	MONTH: _____
<input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _4 <input type="checkbox"/> _5 <input type="checkbox"/> _6 <input type="checkbox"/> _7 <input type="checkbox"/> _8 <input type="checkbox"/> _9 <input type="checkbox"/> _10	
<input type="checkbox"/> _11 <input type="checkbox"/> _12 <input type="checkbox"/> _13 <input type="checkbox"/> _14 <input type="checkbox"/> _15 <input type="checkbox"/> _16 <input type="checkbox"/> _17 <input type="checkbox"/> _18 <input type="checkbox"/> _19 <input type="checkbox"/> _20	
<input type="checkbox"/> _21 <input type="checkbox"/> _22 <input type="checkbox"/> _23 <input type="checkbox"/> _24 <input type="checkbox"/> _25 <input type="checkbox"/> _26 <input type="checkbox"/> _27 <input type="checkbox"/> _28 <input type="checkbox"/> _29 <input type="checkbox"/> _30 <input type="checkbox"/> _31	

INPT VISITS <input type="checkbox"/> C602/C607/C609 <input type="checkbox"/> E083 <input type="checkbox"/> C608 <input type="checkbox"/> C121	MONTH: _____
<input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _4 <input type="checkbox"/> _5 <input type="checkbox"/> _6 <input type="checkbox"/> _7 <input type="checkbox"/> _8 <input type="checkbox"/> _9 <input type="checkbox"/> _10	
<input type="checkbox"/> _11 <input type="checkbox"/> _12 <input type="checkbox"/> _13 <input type="checkbox"/> _14 <input type="checkbox"/> _15 <input type="checkbox"/> _16 <input type="checkbox"/> _17 <input type="checkbox"/> _18 <input type="checkbox"/> _19 <input type="checkbox"/> _20	
<input type="checkbox"/> _21 <input type="checkbox"/> _22 <input type="checkbox"/> _23 <input type="checkbox"/> _24 <input type="checkbox"/> _25 <input type="checkbox"/> _26 <input type="checkbox"/> _27 <input type="checkbox"/> _28 <input type="checkbox"/> _29 <input type="checkbox"/> _30 <input type="checkbox"/> _31	

PROCEDURE	CODE	PREMIUM*	DATES (D/M/Y)
Resus 1st 15 min (ICU)	<input type="checkbox"/> G521		/ /
Resus 2nd 15 min	<input type="checkbox"/> G523		/ /
Resus q 15 min thereafter	<input type="checkbox"/> G522 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3 <input type="checkbox"/> _4		/ /
Temporary Pacemaker	<input type="checkbox"/> Z443 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Perm. Pacemaker Repositioning	<input type="checkbox"/> Z445 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Pericardiocentesis	<input type="checkbox"/> Z401 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Arterial line	<input type="checkbox"/> G268 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Cardioversion	<input type="checkbox"/> Z437 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Single Lead Permanent	<input type="checkbox"/> Z444 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Replacement of Pacer Battery	<input type="checkbox"/> Z433 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Dual Chamber Pacemaker	<input type="checkbox"/> R752 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Temporary Pacer Repositioning	<input type="checkbox"/> Z431 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Thoracostomy - therapeutic	<input type="checkbox"/> Z332 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Central Venous Line	<input type="checkbox"/> G269 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
Chest Tube	<input type="checkbox"/> Z341 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /
NG Tube	<input type="checkbox"/> G356 <input type="checkbox"/> E409 <input type="checkbox"/> E410		/ /

OTHER CODES / PREMIUMS / UNITS / ETC.	DATES (D/M/Y)
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

LEGEND:
 990 (960 travel) -- M-F 07-17, 1st pt 991 -- M-F 07-17, each additional pt
 994 (962 travel) -- M-F 17-24, 1st pt 995 -- M-F 17-24, each additional pt
 996 (964 travel) -- Any day 24-07, 1st pt 997 -- Any day 24-07, each additional pt
 K998/C986 (963 travel) -- Wnd 07-24, 1st pt K999/C987 -- Wnd 07-24, each additional pt
 E409 / C109 -- M-F 17-24 & W/E 07-24 E410 / C110 -- Any day 24-07
 C101 - Pt in ICU / CCU (add to 990-999)

Copyright (c) MDBilling.ca Limited