Table of Contents

State/Territory Name: WI

State Plan Amendment (SPA) #: 17-0006

This file contains the following documents in the order listed:

- 1) Approval Letter
- 2) CMS 179 Form/Summary Form (with 179-like data)

Department of Health & Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services 233 North Michigan Avenue, Suite 600 Chicago, Illinois 60601-5519



September 10, 2018

Heather K. Smith, Medicaid Director Division of Medicaid Services Department of Health Services 1 West Wilson Street, Room 350 Madison, WI 53702

ATTN: Krista Willing, Assistant Administrator

RE: Transmittal Number (TN) 17-0006

Dear Ms. Smith:

Enclosed for your records is an approved copy of the following State Plan Amendment (SPA):

Outpatient Hospital Rates & Methodologies – Pay-for-Performance Program

Effective Date: April 1, 2017

Approval date: September 10, 2018

If you have any questions, please have a member of your staff contact Mai Le-Yuen at (312) 353-2853 or by email at mai.le-yuen@cms.hhs.gov.

Sincerely,

/s/

Ruth A. Hughes Associate Regional Administrator Division of Medicaid and Children's Health Operations

Enclosure

TRANSMITTAL AND NOTICE OF APPROVAL OF	1, TRANSMITTAL NUMBER:	2, STATE
STATE PLAN MATERIAL	17-0006	Wisconsin
	3. PROGRAM IDENTIFICATION: TITLE XIX OF THE	
FOR: HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION	SOCIAL SECURITY ACT (MEDICAID)	
TO: REGIONAL ADMINISTRATOR	4. PROPOSED EFFECTIVE DATE	
HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION	04/01/2017	
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 5. TYPE OF PLAN MATERIAL (Check One):		
5, TIFE OF FLAN MATERIAL (Check Oney.		
☐ NEW STATE PLAN ☐ AMENDMENT TO BE O	☐ AMENDMENT TO BE CONSIDERED AS NEW PLAN ☐ AMENDMENT	
COMPLETE BLOCKS 6 THRU 10 IF THIS IS AN AMENDMENT (Separate Transmittal for each amendment)		
6. FEDERAL STATUTE/REGULATION CITATION:	7. FEDERAL BUDGET IMPACT:	***
42 CFR 447 Subpart F, §§447.300, 447.302, 447.304,	a. FFY 2017	
447.321, and 447.325.	b. FFY 2018	
8. PAGE NUMBER OF THE PLAN SECTION OR ATTACHMENT:	9. PAGE NUMBER OF THE SUPERS OR ATTACHMENT (If Applicable)	
Removed Dank 8 and 9.		\$
Removed pages 8 and 9. Attachment 4.19 B, Pages 8 and 9.	Attachment 4.19-B, Pages 8	9
Attaommork To D, I agop o and o	agopto and o	
10. SUBJECT OF AMENDMENT:		
Outpatient hospital rates and methodologies. Update assessment pay for performance program.		
11. GOVERNOR'S REVIEW (Check One):		
GOVERNOR'S OFFICE REPORTED NO COMMENT OTHER, AS SPECIFIED:		
COMMENTS OF GOVERNOR'S OFFICE ENCLOSED NO REPLY RECEIVED WITHIN 45 DAYS OF SUBMITTAL		
NO ICALLI ADODIVED WITHIN AS DATE OF SOBRATIAN		
12. SIGNATURE OF STATE AGENCY OFFICIAL:	16, RETURN TO:	
	Michael G. Heifetz	
	State Medicald Director	
Michael G. Heifetz	Department of Health Services	
14, TITLE:	1 W. Wilson St.	
State Medicaid Director	P.O. Box 309	*
15, DATE SUBMITTED:	Madison, WI 53701-0309	
June 27 2017 FOR REGIONAL OFFICE USE ONLY		
17. DATE RECEIVED;	18. DATE APPROVED:	
June 27, 2017	Septemb	er 10, 2018
PLAN APPROVED – ON		
19. EFFECTIVE DATE OF APPROVED MATERIAL:	20. SIGNATURE OF REGIONAL OF	FICIAL:
April 1, 2017 21. TYPED NAME:	22, TITLE:	/s/
Ruth A. Hughes	Associate Regional A	dministrator
23. REMARKS.	Associate Regional A	difficult
스탠슨 그들이 된다고도 말았다. 그렇게 되는 사람이 되는 어떻게 되었다.		
는 병원 등 보고 있는 사람이 많아 보고 있는데 보고 있는데 되었다. 그런 기계에 가장 보고 있는데 사람들이 되었다. 그리고 있는데 사람들이 되었다. 		
마스트를 하는 사람이 없는 것들일 말하고 있다면 말로 모르는 <u>무료를 보면 말로 보고를 보고 있다면 하다면 하다. 하다는 것이 되었다면 하다. 다른 다</u> 는 다음이 되었다면 되었다면 하다면 되었다면 되었다면 하다면 하다면 되었다면 하다면 하다면 되었다면 하는데 되었다면 하다면 되었다면 하는데 되었다면 하다면 하다면 되었다면 하다면 되었다면 하다면 되었다면 하다면 되었다면 하다면 되었다면 하다면 하다면 하다면 되었다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하다면 하		
대통령 그 이 아이 불인 모임을 되었는 무기를 하는 것 같다.	살라"다음 종종 - 목감하 발발는 1.레.토토트 - 트	TROOT (1997년)
회전 (2017), 아는 아이들은 전 마이는 이 그는 이 그는 그 그 그 그 그 사람들이 되는 이 가는 아이들을 하는데 어떤 것을 모든 사실을 통합하다는 그		
회사에게 그렇게 살아 있는 것이 되는 것이 되는 것이 얼마를 하는 것이 되는 것이 되었다면 하는 것이 없었다.		