

Response Details	
ID:	47500629
Timestamp:	29 Oct, 2019 05:46:26 PM AST
IP Address:	200.50.21.162
Time Taken:	595 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

Integration Tags	
External Reference:	
Custom Variable 1 :	
Custom Variable 2 :	
Custom Variable 3 :	
Custom Variable 4 :	
Custom Variable 5 :	

Geo Coding	
Country:	PR
Region:	00
Latitude:	0.0
Longitude:	0.0
Radius:	0.0

Questions marked with a * are required

INFORME TRIMESTRAL DE DENEGACIONES DE SERVICIOS O DETERMINACIONES ADVERSAS DE SERVICIOS DE SALUD

* 1. Nombre de la Organización de Servicios de Salud o Plan Médico

» MCS Life Insurance Company

* 2. Tipo de Plan Médico

» Privado

3. Cantidad de asegurados servidos por este tipo de plan médico a la fecha del cierre del trimestre a reportar.

192,025

4. Año

2019

* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/29/2019

7. Justificación para la denegación - Salud Física **Justificaciones**

	Medicamento	Laboratorio	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Cirugía	Rayos X	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	4742	36	142	133	31	29	297
* 2. Falta de pre-autorización	4518	103	191	47	29	45	117
* 3. Falta de información/información incompleta	30075	26	21	17	12	1	42
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	87	0	662	250	34	159	835
* 5. Medicamento fuera de formulario	27891	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	18	58	102	94	9	29	117
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	295	37	5	0	0	0	7
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	136	16	24	22	3	2	23
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	3	302	248	160	21	62	247
* 10. Política médica	0	1	30	72	9	1	29
* 11. Otro	56765	71	447	201	50	86	462

8. Si contestó otro en alguna de las opciones para Salud Física, por favor especifique:

11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 07/22/19 11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 08/01/19 11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 08/18/19 11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 08/20/19 11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 09/20/19 11. Otro: Allow Qty 0 Or Full Fill 10/04/19 11. Otro: Benefit maximum exceeded 11. Otro: Claim \$ Amount Exceeded, Fax to MC-21 11. Otro: Claim Is Post-Dated 11. Otro: Claim Not Processed 11. Otro: Claim Too Old 11. Otro: Cost Exceeds Maximum 11. Otro: Cover by Medical Component 11. Otro: Coverage Terminated - 05/31/19 11. Otro: Coverage Terminated - 06/15/19 11. Otro: Coverage Terminated - 06/30/19 11. Otro: Coverage Terminated - 07/31/19 11. Otro: Coverage Terminated - 08/01/19 11. Otro: Coverage Terminated - 08/31/19 11. Otro: DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11. Otro: DAY SUPPLY NOT ALLOWED 11. Otro: Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro: Days Supply Limitation For Product/Servi 11. Otro: Discontinued Prod/Service ID Number 11. Otro: Duplicate Paid/Capt Claim 11. Otro: Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otro: DUR Reject Error 11. Otro: DUR1:Duplicate Therapy-Use PPS Codes 11. Otro: DUR1:Therapeutic Duplication Encountered 11. Otro: DUR2:Therapeutic Duplication Encountered 11. Otro: Generic Subst. Required for Payment 11. Otro: Host Response Error 11. Otro: Invalid NPI per algorithm requirements 11. Otro: Max 120 Quantity in 63 Days 11. Otro: Max 2 Quantity in 21 Days 11. Otro: Max 20 Quantity in 21 Days 11. Otro: Max 26 Days Supply in 19 Days 11. Otro: Max 28 Days Supply in 21 Days 11. Otro: Max 30 Days Supply in 22 Days 11. Otro: Max 45 Quantity in 10 Days 11. Otro: Max 60 Quantity in 21 Days 11. Otro: Max 70 Quantity in 10 Days 11. Otro: Max 90 Days Supply in 67 Days 11. Otro: Maximum Daily Dose of 2 11. Otro: Maximum Days Supply of 15 11. Otro: Maximum Days Supply of 30 11. Otro: Maximum Days Supply of 5 11. Otro: Maximum of 0 Refills Exceeded 11. Otro: Maximum of 1 Refills Exceeded 11. Otro: Maximum Patient Age of 23 Years 11. Otro: Maximum Quantity of 2 11. Otro: Maximum Refill Limit of 0 11. Otro: Maximum Refill Limit of 5 11. Otro: Minimum Identification Length is 11 11. Otro: Minimum Patient Age of 18 Years 11.

Otro: Missing/Invalid Date Of Birth 11. Otro: Must Fill Through Specialty Pharmacy 11. Otro: Non-Matched Cardholder ID 11. Otro: Other Coverage Code Not Allowed by Plan 11. Otro: Pat Pay Sch Criteria Sequence not found 11. Otro: Pharmacist must contact plan 11. Otro: Pharmacy Not Contracted in 90 Day Retail 11. Otro: Pharmacy Not Contracted in Specialty Net 11. Otro: Pharmacy Participation Not Established 11. Otro: Pharmacy Service Type Submitted Not Supp 11. Otro: Plan Exclusion 11. Otro: Plan Limitations Exceeded 11. Otro: Presc ID DEA drg not allw 11. Otro: PrescID DEA inact/Expired 11. Otro: Prescriber ID invalid/not allowed 11. Otro: Prescriber NPI not on file 11. Otro: Prescriber Specialty Not Covered. !See 11. Otro: PRICING ERROR-BenMax Sched O/R;Plan 'N' 11. Otro: Prior Authorization Denied 11. Otro: Product not on file 11. Otro: Qty Dispensed must be multiple of 18.000 11. Otro: Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro: Refill Payable on or after 07/23/19 11. Otro: Refill Payable on or after 08/05/19 11. Otro: Refill Payable on or after 08/14/19 11. Otro: Refill Payable on or after 09/09/19 11. Otro: Refill Payable on or after 09/12/19 11. Otro: Refill Payable on or after 09/24/19 11. Otro: Refill Too Soon 11. Otro: Refills Are Not Covered 11. Otro: Repackaged drug not covered by contract 11. Otro: Repackager not covered 11. Otro: Step Therapy Required 11. Otro: Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro: This Medication May Be Covered Under 11. Otro: Use biguanides, sulfonyleureas or 11. Otro: Use carvedilol IR 1st. 11. Otro: Use immediate release opioids 1st. 11. Otro: Use irbesartan +/- htcz, losartan +/- 11. Otro: Use NSAIDs 1st. 11. Otro: Use OTC 1st 11. Otro: Use statins 1st. 11. Otros: Drug-Diagnosis Mismatch 11.1 Otros: NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 Otros: RETIREE NO MEDICARE PART B 11.11 Otros: COSMETIC PROCEDURE 11.12 Otros: NO VISION COVERAGE 11.13 Otros: DENTAL COVERAGE ONLY 11.14 Otros: NO MEDICAL COVERAGE 11.15 Otros: DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.2 Otros: NOT COVERED FOR DIAG INDICATED 11.4 Otros: PHARMACY ONLY COVERAGE 11.5 Otros: COVERED THROUGH REIMB ONLY 11.6 Otros: BENEFIT NOT COVERED FOR DEP. 11.7 Otros: STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE) 11.8 Otros: EXCLUSION & SERV. NOT COVERED 11.9 Otros: COVERED BY AUTO INSURANCE 11A.Otros: SERVICIO PREVIAMENTE PROCESADO 11B.Otros: RECLAMACION DUPLICADA 11C.Otros: EXCEDIO TIEMPO SOMETER RECLAMACION 11D.Otros: FECHA DE SERVICIO SOMETIDA NO CUADRA CON FECHA DE REGISTROS MEDICOS RECIBIDOS 11E.Otros: RECIBIMOS SU RECLAMACION Y NO SE PUEDE PROCESAR EN ESTOS MOMENTOS 11F.Otros: ESTE SERVICIO NO ES REEMBOLSABLE PARA EL LUGAR DE SERVICIO 11G.Otros: CARGOS NO CUBIERTOS DEBIDO A LESION OCURRIDA EN LUGAR DE TRABAJO CUBIERTA POR SEGURO LABORAL 11H.Otros: NUESTROS REGISTROS INDICAN QUE EL PACIENTE PAGO POR LOS SERVICIOS 11I.Otros: EL SERVICIO NO FUE APROBADO POR MEDICARE 11J.Otros: EL DIAGNOSTICO PRIMARIO UTILIZADO ES INCORRECTO O INAPROPIADO

9. Justificación para la denegación - Salud Mental **Justificaciones**

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	478	4	0	16
* 2. Falta de pre-autorización	96	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	1310	4	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	37	0	0	9
* 5. Medicamento fuera de formulario	414	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	6	1	11
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	744	0	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	0	0	0
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	8	1	15
* 10. Política médica	868	32	0	0
* 11. Otro	7346	3	0	7

10. Si contestó otro en alguna de las opciones para Salud Mental, por favor especifique:

11. Otro: Claim \$ Amount Exceeded, Fax to MC-21 11. Otro: Claim Is Post-Dated 11. Otro: Claim Not Processed 11. Otro: Claim Too Old 11. Otro: Cost Exceeds Maximum 11. Otro: DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11. Otro: Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro: Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otro: DUR Reject Error 11. Otro: DUR1:Therapeutic Duplication Encountered 11. Otro: DUR2:Therapeutic Duplication Encountered 11. Otro: Host Response Error 11. Otro: Maximum Daily Dose of 1 11. Otro: Maximum Daily Dose of 2 11. Otro: Maximum Days Supply of 15 11. Otro: Maximum of 0 Refills Exceeded 11. Otro: Pharmacist must contact plan 11. Otro: Pharmacy Participation Not Established 11. Otro: Pharmacy Service Type Submitted Not Supp 11. Otro: PrescID DEA inact/Expired 11. Otro: Prescriber ID invalid/not allowed 11. Otro: Prescriber Is Not Covered 11. Otro: Prescriber NPI not on file 11. Otro: Prior Authorization Denied 11. Otro: Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro: Refill Too Soon 11. Otro: Repackaged drug not covered by contract 11. Otro: Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro: Use zaleplon or zolpidem tab 1st. 11.1 Otros: PHARMACY ONLY COVERAGE 11.2 Otros: DENTAL COVERAGE ONLY

* 11. Por este medio certifico que la información provista en dicho informe es fiel y exacta en cumplimiento con lo estipulado en la Ley Núm. 47-2017. Por tanto, la misma es una oficial, puede ser verificada y publicada en cualquier momento a solicitud de la Oficina del Procurador del Paciente.

» Si

12. Reporte preparado por:

Lisa Casanova

13. Posición:

Business Intelligence VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

lisac@medicalcardsystem.com