

Response Details	
<b>ID:</b>	49879001
<b>Timestamp:</b>	27 Nov, 2019 09:07:43 AM AST
<b>IP Address:</b>	208.83.38.100
<b>Time Taken:</b>	497 seconds
<b>Back Button Usage:</b>	Not used
<b>Score:</b>	0.0
<b>Survey Language:</b>	English
<b>Source Identifier:</b>	
<b>Email Address:</b>	
<b>Email List:</b>	

Integration Tags	
<b>External Reference:</b>	
<b>Custom Variable 1 :</b>	
<b>Custom Variable 2 :</b>	
<b>Custom Variable 3 :</b>	
<b>Custom Variable 4 :</b>	
<b>Custom Variable 5 :</b>	

Geo Coding	
<b>Country:</b>	PR
<b>Region:</b>	00
<b>Latitude:</b>	0.0
<b>Longitude:</b>	0.0
<b>Radius:</b>	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

» Triple S Salud Inc.

\* 2. Tipo de Plan Médico

» Advantage

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

128998

4. Año

2019

\* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 11/27/2019

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	0	0	0	0	0	0	0
* 2. Falta de pre-autorización	0	0	0	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	0	0	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0
* 5. Medicamento fuera de formulario	1,056	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	27	414	20	14	31	148
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	7	304	0	0	7	65
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	36	102	27	4	15	206
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 10. Política médica	0	2904	12481	2592	2115	2934	75662
* 11. Otro	0	3692	28481	4752	1600	5755	81162

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

· La fecha en la que se sometió la reclamación y la fecha de los servicios no son compatibles. · La reclamación fue sometida fuera del periodo. · Duplicación de códigos en la factura sometida.

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

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	0	0	0	0
* 2. Falta de pre-autorización	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	0	0
* 5. Medicamento fuera de formulario	79	0	0	0

* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	102	0	1
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	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	0	0	0
* 10. Política médica	0	1	0	5
* 11. Otro	0	878	0	28

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

Missing or Incomplete or Invalid Information (ServiceCode, Address, Diagnosis, Provider NPI, etc) The time limit for filing has expired. This Service is not included in the fee schedule Contracted. Missing/Invalid Authorization Code.

\* 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:

Natalia Torres Berríos

13. Posición:

Analista Estadístico

14. Departamento/ Área:

Payment Integrity

15. Teléfono:

Phone

787-273-1110

16. Correo electrónico:

natalia.torres1@ssspr.com