


 Response Details	
ID:	109770463
Timestamp:	27 Apr, 2021 05:39:35 PM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	415 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:	
Latitude:	18.3588
Longitude:	-66.115
Radius:	0.0

Location Map

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

* ¿Está reportando información de un trimestre que ya fue sometido?

» No

* 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.

184591

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 3 (Ene-Mar)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 04/27/2021

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	176	1	89	15	1	0	191
* 2. Falta de pre-autorización	29562	2	6	91	13	125	999
* 3. Falta de información/información incompleta	13413	69	15	41	19	2	960
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	1	533	663	72	518	1908
* 5. Medicamento fuera de formulario	253573	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	8	695	335	665	62	104	1153
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	32	3	0	0	0	2
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	41	38	31	3	8	119
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	9	139	118	625	83	378	272
* 10. Política médica	0	9	1	4	2	0	5093
* 11. Otro	347906	63	146	72	22	21	5080

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

11. Otro - 27 Product Identifier not FDA/NSDE Listed 11. Otro - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro - 42 Plan's Prescriber data base indicates th 11. Otro - 43 Plan's Prescriber data base indicates th 11. Otro - 44 Plan's Prescriber data base indicates th 11. Otro - 46 Plan's Prescriber data base indicates as 11. Otro - 53 Non-Matched Person Code 11. Otro - 54 Non-Matched Product/Service ID Number 11. Otro - 56 Non-Matched Prescriber ID 11. Otro - 608 Step Therapy, Alternate Drug Therapy Req 11. Otro - 613 The Packaging Methodology Or Dispensing 11. Otro - 619 Prescriber Type 1 NPI Required 11. Otro - 645 Repackaged product is not covered by the 11. Otro - 65 Patient is Not Covered 11. Otro - 71 Prescriber ID Is Not Covered 11. Otro - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otro - 79 Refill Too soon 11. Otro - 7W Refills Exceed allowable Refills 11. Otro - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro - 81 Claim Too Old 11. Otro - 828 PLAN/BENEFICIARY CASE

MANAGEMENT RESTRIC 11. Otro - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otro - 88 DUR Reject Error 11. Otro - 889 Prescriber not enrolled in State Medicaid 11. Otro - 922 Morphine Milligram Equivalency (MME) Exc 11. Otro - 925 Initial Fill Days Supply Exceeds Limits 11. Otro - 99 Host Processing Error 11. Otro - 9E Quantity Does Not Match Dispensing Unit 11. Otro - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro - A1 ID Submitted is associated with a Sancti 11. Otro - A3 This Product May Be Covered Under Hospic 11. Otro - A4 This Product May Be Covered Under The Me 11. Otro - A5 Not Covered Under Part D Law 11. Otro - A6 This Product/Service May Be Covered Under 11. Otro - AG Days Supply Limitation For Product/Servi 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 DENY/DENTAL COSMETIC/AUTH 11.11 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.12 MEDICARE OPT-OUT 11.2 NOT COVERED FOR DIAG INDICATED 11.3 EXCLUDED BY REGULATION FOR PHY 11.4 MEDICARE FEE NOT SPECIFIED 11.5 NOT PAID UNDER OPPTS FEE SCH 11.6 STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE) 11.7 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED 11.8 COVERED BY AUTO INSURANCE 11.9 COSMETIC SURGERY OR TREATMENT 11. Otro: THIS REQUEST HAS BEEN PREVIOUSLY REPORTED AND AN APPROVAL OR DENIAL WAS ISSUED. 11. Otro: THIS PROCEDURE IS CONSIDERED NON-COVERED IN ACCORDANCE WITH EITHER THE PROGRAM BENEFITS OR THE FACILITY CONTRACT 11. Otro: OUR RECORDS SHOW THAT THE MEMBER'S TOOTH/TEETH HAS ALREADY BEEN REMOVED. 11. Otro: YOUR RECONSIDERATION REQUEST HAS BEEN REVIEWED AND THE INITIAL DETERMINATION HAS BEEN UPHELD. 11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE. 11. Otro: COINSURANCE APPLIED. 11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING PROVIDER ARE NOT COVERED. 11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING FACILITY ARE NOT COVERED. 11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY. 11. Otro: PLEASE RESUBMIT THE ATTACHMENT IN A READABLE FORMAT. 11. Otro: THESE SERVICES WERE PERFORMED DUE TO AN ACCIDENT OR AN INJURY. PLEASE SUBMIT THIS CLAIM TO THE HEALTH PLAN FOR PROCESSING AND PAYMENT. 11. Otro: GUIDELINES REQUIRE THIS PROCEDURE TO BE REPORTED WITH A SINGLE TOOTH LETTER OR NUMBER. PLEASE RESUBMIT WITH THE CORRECT INFORMATION.

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	2
* 2. Falta de pre-autorización	2248	12	0	17
* 3. Falta de información/información incompleta	578	3	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	11	2	36
* 5. Medicamento fuera de formulario	889	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	57	8	14
* 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	59	0	35
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	33846	0	0	1

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

11. Otro - 27 Product Identifier not FDA/NSDE Listed 11. Otro - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro - 42 Plan's Prescriber data base indicates th 11. Otro - 43 Plan's Prescriber data base indicates th 11. Otro - 44 Plan's Prescriber data

base indicates th 11. Otro - 46 Plan's Prescriber data base indicates as 11. Otro - 56 Non-Matched Prescriber ID 11. Otro - 608 Step Therapy, Alternate Drug Therapy Req 11. Otro - 619 Prescriber Type 1 NPI Required 11. Otro - 645 Repackaged product is not covered by the 11. Otro - 71 Prescriber ID Is Not Covered 11. Otro - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otro - 79 Refill Too soon 11. Otro - 7W Refills Exceed allowable Refills 11. Otro - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro - 81 Claim Too Old 11. Otro - 88 DUR Reject Error 11. Otro - 99 Host Processing Error 11. Otro - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro - A1 ID Submitted is associated with a Sancti 11. Otro - A3 This Product May Be Covered Under Hospic 11.1 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED

* 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:

Data Management & Governance VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardsystem.com