


 Response Details	
<b>ID:</b>	119339770
<b>Timestamp:</b>	14 Jul, 2021 01:10:13 PM AST
<b>IP Address:</b>	24.139.73.146
<b>Time Taken:</b>	740 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>	
<b>Latitude:</b>	18.3616
<b>Longitude:</b>	-66.1935
<b>Radius:</b>	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.

184271

4. Año

2021

\* 5. Trimestre

» 4 (Abr-Jun)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 07/14/2021

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	156	1	240	36	1	0	1115
* 2. Falta de pre-autorización	30109	5	3	61	31	99	677
* 3. Falta de información/información incompleta	13340	70	18	71	17	5	676
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	563	389	99	315	1621
* 5. Medicamento fuera de formulario	184245	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	1	494	909	642	60	77	2480
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	34	3	5	0	0	2
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	74	68	25	3	5	121
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	7	189	131	825	133	348	274
* 10. Política médica	0	14	0	12	0	1	2931
* 11. Otro	345661	62	100	68	15	25	2801

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 Primary  
 11. Otro - 42 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 43 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 44 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 46 Plans 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 - 619 Prescriber Type 1 NPI Required  
 11. Otro - 71 Prescriber ID Is Not Covered  
 11. Otro - 76 Plan Limitations Exceeded  
 11. Otro - 77 Discontinued Product/Service ID Number  
 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 - 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 Allow11. Otro - A1 ID Submitted is associated with a Sancti11. Otro - A3 This Product May Be Covered Under Hospic11. Otro - A4 This Product May Be Covered Under The Me11. Otro - A5 Not Covered Under Part D Law11. Otro - A6 This Product/Service May Be Covered Unde11. Otro - AG Days Supply Limitation For Product/Servi11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE)11.10 MEDICARE OPT-OUT11.11 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT11.12 DENTAL COVERAGE ONLY11.13 NOT PAID UNDER CMS APC FEE SCH11.2 NOT COVERED FOR DIAG INDICATED11.3 EXCLUDED BY REGULATION FOR PHY11.4 NOT PAID UNDER OPPTS FEE SCH11.5 STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE)11.6 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED11.7 COVERED BY AUTO INSURANCE11.8 COSMETIC SURGERY OR TREATMENT11.9 COSMETIC SURGERY OR TREATMENT11. Otro: YOUR RECONSIDERATION REQUEST HAS BEEN REVIEWED. ALTHOUGH THE ORIGINAL DENIAL REASON MAY HAVE BEEN OVERTURNED, THE SERVICE IS STILL BEING DENIED AND THE EXPLANATION FOR THIS CURRENT DENIAL OR NON-PAYMENT CAN BE FOUND THROUGH THE ACCOMPANYING CLAIM ADJUDICATION REMARK CODE. WE ARE UNABLE TO RELEASE BENEFITS TOWARD THIS SERVICE.11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE.11. Otro: AFTER REVIEWING THE PRIMARY INSURANCE CARRIERS EXPLANATION OF BENEFITS; MCNA IS UNABLE TO DETERMINE OUR LIABILITY DUE TO A DISCREPANCY. THE DISCREPANCY MAY BE THAT THE PROCEDURE REPORTED TO MCNA DIFFERS FROM THE PROCEDURE REPORTED TO THE PRIMARY INSURANCE CARRIER; THE RENDERING PROVIDER REPORTED TO THE PRIMARY CARRIER DIFFERS, THE DATE OF SERVICE DIFFERS OR FOR ANOTHER REASON.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 CONTRACT11. Otro: THIS INFORMATION HAS PREVIOUSLY BEEN REQUESTED.11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING FACILITY ARE NOT COVERED.11. Otro: MEMBER IS OUTSIDE THE AGE RANGE FOR THIS OFFICE11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING PROVIDER ARE NOT COVERED.11. Otro: PRACTITIONER CREDENTIALS ARE INVALID OR EXPIRED. PLEASE FORWARD THIS INFORMATION TO OUR OFFICE.11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY.11. Otro: SERVICE(S) DENIED AS PROVIDER NOT SPECIFIED.11. Otro: THE CLAIM IS DENIED AS THE PROVIDER WAS NOT ACTIVE WITH THIS OFFICE ON THE DATE OF SERVICE.11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH NUMBER.11. Otro: THIS PROCEDURE CANNOT BE REPORTED ELECTRONICALLY.11. Otro: THIS PROCEDURE IS ONLY COVERED IN CONJUNCTION WITH ROOT CANAL THERAPY.11. Otro: SERVICES ARE DENIED BECAUSE THIS PROGRAM IS NO LONGER ACTIVE WITH MCNA.11. Otro: CLAIMS MUST BE FILED WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF SERVICE PER THE CLAIMS AND PAYMENT SECTION OF THE PROVIDER MANUAL.11. Otro: COVERAGE IS LIMITED TO ONCE IN A 24 MONTH PERIOD PER THE COVERED BENEFITS OUTLINED IN YOUR PROVIDER MANUAL.11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH SURFACE.11. Otro: OUR RECORDS INDICATE THAT THE SUBSCRIBER IS NOT ENROLLED IN THIS PORTION OF THE BENEFIT PACKAGE.

#### 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	2123	1	0	15
* 3. Falta de información/información incompleta	559	4	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	7	13	15
* 5. Medicamento fuera de formulario	660	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	46	4	18
* 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	69	1	30

* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	33978	0	0	0

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 Primary  
 11. Otro - 42 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 43 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 44 Plans Prescriber data base indicates th  
 11. Otro - 46 Plans Prescriber data base indicates as  
 11. Otro - 56 Non-Matched Prescriber ID  
 11. Otro - 619 Prescriber Type 1 NPI Required  
 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 - 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. 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:

BI

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardssystem.com