





|  Response Details | |
|---|------------------------------|
| ID: | 136124984 |
| Timestamp: | 15 Jan, 2022 01:56:48 PM AST |
| IP Address: | 205.145.107.66 |
| Time Taken: | 445 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: | US |
| Region: | KY |
| Latitude: | 38.2539 |
| Longitude: | -85.76 |
| 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

» Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.

* ¿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.

23902

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/15/2022

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 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 2. Falta de pre-autorización | 9837 | 97 | 1129 | 0 | 593 | 324 | 574 |
| * 3. Falta de información/información incompleta | 0 | 0 | 3 | 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 | 7593 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida | 449 | 4 | 17 | 0 | 7 | 0 | 17 |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente | 23 | 1 | 75 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| * 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| * 10. Política médica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 11. Otro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

Servicio no está en la cubierta. Servicio no incluido en fee schedule. Periodo de facturación vencido.

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

| | Medicamento | Servicio médico especializado | Servicio médico sub-especializado | Otro |
|--------------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|------|
| * 1. Facturación fuera de período de | 4 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|---|------|-----|---|---|
| contrato | | | | |
| * 2. Falta de pre-autorización | 2796 | 8 | 0 | 0 |
| * 3. Falta de información/información incompleta | 0 | 103 | 0 | 0 |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 5. Medicamento fuera de formulario | 131 | 0 | 0 | 0 |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida | 44 | 32 | 0 | 0 |
| * 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 | 0 | 0 | 0 |
| * 11. Otro | 0 | 149 | 0 | 0 |

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

Servicio no está en la cubierta. Servicio no incluido en fee schedule. Periodo de facturación vencido.

* 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:

Carmen L Rodriguez Casillas

13. Posición:

Gerente

14. Departamento/ Área:

Cumplimiento Regulatorio

15. Teléfono:

Phone

787-306-1621

16. Correo electrónico:

crodriguez2@humana.com

