

Response Details	
ID:	129593293
Timestamp:	22 Oct, 2021 06:08:29 PM AST
IP Address:	24.139.73.146
Time Taken:	671 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:	18.3616
Longitude:	-66.1935
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.

185749

4. Año

2021

\* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/22/2021

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	177	1	71	59	3	0	328
* 2. Falta de pre-autorización	31332	8	9	102	24	127	545
* 3. Falta de información/información incompleta	16306	84	24	94	50	2	647
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	556	632	115	280	1758
* 5. Medicamento fuera de formulario	173090	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	3	36	137	116	13	55	248
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	20	0	5	0	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	48	52	45	0	13	148
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	9	165	119	676	130	413	209
* 10. Política médica	1	10	10	8	3	1	5321
* 11. Otro	348516	54	176	79	18	24	3806

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

11. Otro: OUR RECORDS INDICATE THAT THE SUBSCRIBER IS NOT ENROLLED IN THIS PORTION OF THE BENEFIT PACKAGE. 11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE. 11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH NUMBER. 11. Otro: PLEASE SUBMIT THIS CHARGE TO YOUR MEDICAL CARRIER. 11. Otro: PRACTITIONER CREDENTIALS ARE INVALID OR EXPIRED. PLEASE FORWARD THIS INFORMATION TO OUR OFFICE. 11. Otro: THE CLAIM IS DENIED AS THE PROVIDER WAS NOT ACTIVE WITH THIS OFFICE ON THE DATE OF SERVICE. 11. Otro: THE INFORMATION SUBMITTED ON THE CLAIM OR PRE-AUTHORIZATION SHOWS A CONFLICT IN THE PLACE OF SERVICE. COMPARE THE DESCRIPTION OF THE CDT CODE TO THE PLACE OF SERVICE INDICATED IN BOX 38 ON THE ADA CLAIM FORM. 11. Otro: THE INFORMATION SUBMITTED ON THE CLAIM SHOWS A CONFLICT IN THE

PLACE OF SERVICE. COMPARE THE DESCRIPTION OF THE CDT CODE TO THE PLACE OF SERVICE INDICATED IN BOX 38 ON THE ADA CLAIM FORM. 11. Otro: THE MAXIMUM ALLOWABLE REIMBURSEMENT HAS BEEN APPLIED. 11. Otro: THE SUBSCRIBER IS ACTIVE ON MORE THAN ONE PLAN. PLEASE CHECK THE ELIGIBILITY AND ADVISE PRIOR TO PROCESSING. 11. Otro: THIS INFORMATION HAS PREVIOUSLY BEEN REQUESTED. 11. Otro: THIS PROCEDURE CANNOT BE REPORTED ELECTRONICALLY. 11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY. 11. Otro: THIS PROCEDURE IS CONSIDERED NON-COVERED IN ACCORDANCE WITH EITHER THE PROGRAM BENEFITS OR THE FACILITY CONTRACT 11. Otro: THIS REQUEST HAS BEEN PREVIOUSLY REPORTED AND AN APPROVAL OR DENIAL WAS ISSUED. 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 - 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 - 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 Unde 11. Otro - AG Days Supply Limitation For Product/Servi 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 MEDICARE OPT-OUT 11.11 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT 11.12 NON-PRESCRIPTION DRUGS NOT COV 11.13 BENEFIT NOT COVERED FOR DEP. 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 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT

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	9	0	1
* 2. Falta de pre-autorización	2190	2	0	9
* 3. Falta de información/información incompleta	621	2	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	33	5	24
* 5. Medicamento fuera de formulario	563	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	4	3	9
* 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	51	3	20
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	33766	1	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 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 - 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 - 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. Otro - A6 This Product/Service May Be Covered Unde 11.1 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT

\* 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 R. Casanova Del Moral

13. Posición:

Data Management & Governance VP

14. Departamento/ Área:

BI

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardsystem.com