

Response Details	
ID:	136083453
Timestamp:	14 Jan, 2022 01:51:54 PM AST
IP Address:	24.139.73.146
Time Taken:	763 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.

187705

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/14/2022

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	262	2	154	66	8	0	786
* 2. Falta de pre-autorización	32105	5	8	89	20	99	673
* 3. Falta de información/información incompleta	18555	94	9	103	74	1	817
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	622	662	94	123	1436
* 5. Medicamento fuera de formulario	167818	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	2	73	157	149	11	53	319
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	17	3	18	0	1	6
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	24	18	38	1	10	95
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	8	176	178	856	105	442	530
* 10. Política médica	1	11	10	6	4	0	4385
* 11. Otro	355430	85	91	62	14	20	2180

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 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 - 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 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 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) 11.11 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.9 COVERED BY AUTO INSURANCE 11.7 SERVICE EXCLUDED UNDER COVERAG 11.12 MEDICARE OPT-OUT 11.10 COVERED BY MEDICARE 11.8 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT 11. Otro: SERVICE(S) DENIED AS PROVIDER NOT SPECIFIED. 11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE. 11. Otro: THIS REQUEST HAS BEEN PREVIOUSLY REPORTED AND AN APPROVAL OR DENIAL WAS ISSUED. 11. Otro: THIS PLAN DOES NOT PROVIDE OUT OF NETWORK BENEFITS. 11. Otro: THE PAYMENT OR DENIAL FOR THIS SERVICE HAS BEEN ISSUED BY MCS 11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH NUMBER. 11. Otro: THIS PROCEDURE IS CONSIDERED NON-COVERED IN ACCORDANCE WITH EITHER THE PROGRAM BENEFITS OR THE FACILITY CONTRACT 11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY. 11. Otro: SERVICES ARE DENIED BECAUSE THIS PROGRAM IS NO LONGER ACTIVE WITH MCNA. 11. Otro: THIS PROCEDURE CANNOT BE REPORTED ELECTRONICALLY. 11. Otro: THIS INFORMATION HAS PREVIOUSLY BEEN REQUESTED. 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. 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: THIS PROCEDURE CAN ONLY BE CONSIDERED WHEN REPORTED AND PERFORMED IN CONJUNCTION WITH AT LEAST ONE SERVICE APPROVED. 11. Otro: THE MAXIMUM BENEFIT HAS BEEN RELEASED. 11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING PROVIDER ARE NOT COVERED. 11. Otro: THE SUBSCRIBER IS ACTIVE ON MORE THAN ONE PLAN. PLEASE CHECK THE ELIGIBILITY AND ADVISE PRIOR TO PROCESSING. 11. Otro: THE PATIENT CANNOT BE IDENTIFIED AS OUR MEMBER. PLEASE VERIFY THE PATIENT'S INFORMATION AND SUBMIT THE REQUEST WITH THE PATIENT'S FIRST AND LAST NAME AS WELL AS THE MEMBER ID NUMBER. 11. Otro: CLAIMS MUST BE FILED WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF SERVICE PER THE CLAIMS AND PAYMENT SECTION OF THE PROVIDER MANUAL.

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	10	0	2
* 2. Falta de pre-autorización	2009	3	0	24
* 3. Falta de información/información incompleta	590	3	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	24	0	33
* 5. Medicamento fuera de formulario	645	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	6	0	16
* 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	71	3	29
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	34571	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 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 - 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 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