

Response Details	
ID:	148076862
Timestamp:	15 Jul, 2022 02:20:03 PM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	630 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.

206,788

4. Año

2022

* 5. Trimestre

» 4 (Abr-Jun)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 07/15/2022

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	273	2	156	53	18	1	1,061
* 2. Falta de pre-autorización	39,563	13	9	75	15	119	838
* 3. Falta de información/información incompleta	19,349	145	25	143	84	1	1,003
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	1	701	1,465	170	245	2,028
* 5. Medicamento fuera de formulario	185,923	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	1	38	156	100	12	26	714
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	36	0	8	0	0	66
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	43	19	17	6	15	95
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	4	190	178	1,016	126	561	402
* 10. Política médica	0	7	9	11	0	0	2,798
* 11. Otro	419,540	87	172	63	15	24	11,834

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 - 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 - 78 Cost Exceeds Maximum 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 - 816 Pharmacy Benefit Exclusion, May Be Cover 11. Otro - 85 Claim Not Processed 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. Otro: 35 - Lifetime benefit maximum has been reached. 11. Otro: 6 - The procedure/revenue code is inconsistent with the patient's age. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 95 - Plan procedures not followed. 11. Otro: 96 - Non-covered charge(s). At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the NCPDP Reject Reason Code, or Remittance Advice Remark Code that is not an ALERT.) Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 97 - The benefit for this service is included in the payment/allowance for another service/procedure that has already been adjudicated. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: B12 - Services not documented in patients' medical records. 11. Otro: B13 - Previously paid. Payment for this claim/service may have been provided in a previous payment. 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.11 MEDICARE OPT-OUT 11.12 NOT PAID UNDER CMS APC FEE SCH 11.13 COVERED BY 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) 11.7 STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE) 11.8 COVERED BY AUTO INSURANCE 11.9 COSMETIC SURGERY NOT COVERED

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	2,392	0	0	28
* 3. Falta de información/información incompleta	650	3	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	24	1	51
* 5. Medicamento fuera de formulario	815	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	4	3	13
* 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	65	4	28
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	45,632	0	1	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 - 53 Non-Matched Person Code 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 - 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 Under 11.1 MEDICARE OPT-OUT

* 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:

Business Intelligence VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

janice.sanchez@medicalcardsystem.com