


 Response Details	
ID:	152825950
Timestamp:	13 Oct, 2022 11:26:28 AM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	2117 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.

210,675

4. Año

2022

* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/13/2022

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	206	1	250	73	17	0	1,676
* 2. Falta de pre-autorización	37,389	26	7	98	16	123	892
* 3. Falta de información/información incompleta	20,129	1,696	22	295	102	5	1,307
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	649	752	102	180	1,539
* 5. Medicamento fuera de formulario	174,754	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	137	117	206	18	42	458
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	1	18	0	11	0	0	20
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	42	13	28	2	8	88
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	11	169	194	885	106	480	656
* 10. Política médica	0	9	17	7	2	0	3,774
* 11. Otro	369,358	85	135	74	18	31	12,207

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 - 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. Otro -613 The Packaging Methodology Or Dispensing 11. Otro -A2 ID Submitted is associated to a Deceased 11. Otro -828 PLAN/BENEFICIARY CASE MANAGEMENT RESTRIC 11. Otro - 8N Future Date Prescription Written Not All 11.11 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.5 EXCLUDED BY REGULATION FOR PHY 11.3 DX CODE DOES NOT VALIDATE MEDI 11.9 SERVICE EXCLUDED UNDER COVERAG 11.6 MEDICARE FEE NOT SPECIFIED 11.7 NOT PAID UNDER OPPTS FEE SCH 11.12 MEDICARE OPT-OUT 11.8 STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE) 11.4 NOT PAID UNDER CMS APC FEE SCH 11.10 COVERED BY AUTO INSURANCE 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: 119-Benefit maximum for this time period or occurrence has been reached. 11. Otro: 95-Plan procedures not followed. 11. Otro: B13-Previously paid. Payment for this claim/service may have been provided in a previous payment. 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: 16-Claim/service lacks information or has submission/billing error(s) which is needed for adjudication. Do not use this code for claims attachment(s)/other documentation. 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: 208-National Provider Identifier - Not matched. 11. Otro: 35-Lifetime benefit maximum has been reached. 11. Otro: 197-Precertification/authorization/notification absent. 11. Otro: B12-Services not documented in patients' medical records. 11. Otro: B7-This provider was not certified/eligible to be paid for this procedure/service on this date of service. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 206-National Provider Identifier - missing. 11. Otro: 88-Adjustment amount represents collection against receivable created in prior overpayment. 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: 110-Billing date predates service date. 11. Otro: 140-Patient/Insured health identification number and name do not match.

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	1	0	1
* 2. Falta de pre-autorización	2,140	0	0	40
* 3. Falta de información/información incompleta	552	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	7	8	66
* 5. Medicamento fuera de formulario	717	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	18	6	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	50	0	31
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	85,787	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 - 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 - 99 Host Processing Error

* 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 Del Moral

13. Posición:

Data Management & Governance VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

FlrizarryRo@medicalcardsystem.com