

Response Details	
ID:	53141511
Timestamp:	13 Jan, 2020 03:20:32 PM AST
IP Address:	216.177.217.139
Time Taken:	828 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:	FL
Latitude:	0.0
Longitude:	0.0
Radius:	0.0

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

» Mapfre Life Insurance Company

* 2. Tipo de Plan Médico

» Privado

3. Cantidad de asegurados servidos por este tipo de plan médico a la fecha del cierre del trimestre a reportar.

21846

4. Año

2019

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/13/2020

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	0	0	0	0	0	0	0
* 2. Falta de pre-autorización	425	0	3	6	5	6	16
* 3. Falta de información/información incompleta	2515	0	0	0	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	6	0	0	0	0	0	0
* 5. Medicamento fuera de formulario	296	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	2192	0	0	0	0	0	0
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	2	0	1	0	0	0	1
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	1375	10	0	0	0	0	1
* 10. Política médica	0	136	229	118	15	51	515
* 11. Otro	6502	0	0	0	0	0	2

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

Beneficios no cubiertos para el servicio, no hay evidencia de que el servicio fue prestado, reembolso por proveedor no participante, gastos incurridos luego de fecha de terminación del plan, servicio no está en la cubierta, paciente no elegible o cubierta terminada, repuesto de medicamento muy temprano, entre otros.

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	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	0	0

* 5. Medicamento fuera de formulario	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	0	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	18	1	20
* 11. Otro	0	0	0	0

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

Cubierta primaria bajo otro asegurador, balance no excede la cantidad de copago, se pagó la cantidad máxima para el beneficio, cantidad no pagable para gastos incurridos luego de la terminación del plan, beneficios no cubiertos por provisión de contrato, reembolso por proveedor no participante, procedimiento no parte del contrato, cargos incluidos en otro servicio, servicios incluidos en contrato per-diem.

* 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:

Sergio Castañeda Donate

13. Posición:

Vice Presidente Senior

14. Departamento/ Área:

Salud y Vida Grupal

15. Teléfono:

Phone

787-622-7796

16. Correo electrónico:

scastaneda@mapfrepr.com