

Response Details	
ID:	84799108
Timestamp:	15 Oct, 2020 01:16:33 PM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	728 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

Geo Coding	
Country:	PR
Region:	00
Latitude:	18.468597412109
Longitude:	-66.105697631836
Radius:	0.0

Integration Tags	
External Reference:	
Custom Variable 1 :	
Custom Variable 2 :	
Custom Variable 3 :	
Custom Variable 4 :	
Custom Variable 5 :	

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

* 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.

201071

4. Año

2020

* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/15/2020

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	506	45	319	160	18	60	362
* 2. Falta de pre-autorización	1320	72	110	42	14	21	83
* 3. Falta de información/información incompleta	32579	33	35	19	6	9	70
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	121	0	542	354	16	174	1326
* 5. Medicamento fuera de formulario	26292	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	9	39	65	39	6	17	56
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	374	41	2	0	0	6	4
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	20	34	27	0	5	37
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	125	184	144	22	105	194
* 10. Política médica	0	1	24	30	3	3	22
* 11. Otro	53284	64	309	173	12	73	420

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

11. Otro - 33 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otro - 3Y Prior Authorization Denied 11. Otro - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro - 43 11. Otro - 46 11. Otro - 4W Must Fill Through Specialty Pharmacy 11. Otro - 535 OCC VALUE NOT SUPPORTED. FOR COB SUBMIT 11. Otro - 608 Step Therapy Required 11. Otro - 645 11. Otro - 71 PRESCRIBER NOT COVERED BY THIS PLAN;Pres 11. Otro - 73 Refills Are Not Covered 11. Otro - 76 ACUTE DRUGS NOT ALLOWED 11. Otro - 76 DAY SUPPLY NOT ALLOWED 11. Otro - 76 LIMIT: 4 UNITS PER DAY 11. Otro - 76 MAX 30 DAY SUPPLY AND NO REFILLS ALLOWED 11. Otro - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otro - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED: ONLY 0 REFILLS AUT 11. Otro - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED:DAYS > 30 11. Otro - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED:DAYS > 90 11. Otro - 77 DISCONTINUED PRODUCT/SERVICE ID 11. Otro - 78 Claim \$ Amount Exceeded 11. Otro - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otro - 79 Drug Excessive Dosage Alert – Soft Rejec 11. Otro - 79 FAST REFILL: NON-MATCHING NWREF FIELD 11. Otro - 79 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otro - 79 Refill Too Soon 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - - L 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 10/1 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 10/4 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/1 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON:

REFILL AVAILABLE - 7/13 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/16 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/20 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/23 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/28 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/30 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/31 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/6/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/11 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/13 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/20 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/23 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/28 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/29 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/6/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/9/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/1/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/12 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/14 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/16 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/17 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/18 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/2/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/24 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/26 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/29 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/3/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/7/ 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 9/8/ 11. Otro - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro - 80 Drug-Diagnosis Mismatch 11. Otro - 81 Claim Too Old 11. Otro - 82 Claim Is Post-Dated 11. Otro - 826 11. Otro - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otro - 83 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/21 11. Otro - 85 Claim Not Processed 11. Otro - 88 Drug Excessive Dosage Alert – Soft Rejec 11. Otro - 88 DUR Reject Error 11. Otro - 88 GREATER THAN OR EQUAL TO 18 YEARS; PA RE 11. Otro - 88 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otro - 88 INTERACTS W/ATORVASTATIN 40 MG TABLET 11. Otro - 88 INTERACTS W/KETOROLAC 10 MG TABLET 11. Otro - 91 Host Response Error 11. Otro - 943 THERAPEUTIC DUPLICATION ENCOUNTERED 11. Otro - 99 Host Processing Error 11. Otro - 9G LIMIT: 10 PER 30 DAYS 11. Otro - 9G LIMIT: 75 PER 30 DAYS 11. Otro - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro - A6 This Medication May Be Covered Under 11. Otro - AG Days Supply Limitation For Product/Servi 11. Otro - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otro - G6 Pharmacy Not Contracted in Specialty Net 11. Otro - G9 Pharmacy Not Contracted in 90 Day Retail 11. Otro - UU DAW 0 cannot be submitted on a multi-sou 11. Otro - WE Missing/Invalid Diagnosis Qualifier Code 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 NO VISION COVERAGE 11.11 DENTAL COVERAGE ONLY 11.12 NO MEDICAL COVERAGE 11.13 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.14 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT 11.2 NOT COVERED FOR DIAG INDICATED 11.3 STATUTORY EXCLUSION (MEDICARE) 11.4 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.5 COVERED THROUGH REIMB ONLY 11.6 BENEFIT NOT COVERED FOR DEP. 11.7 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED 11.8 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.9 COSMETIC PROCEDURE 11A. SERVICIO PREVIAMENTE PROCESADO 11B. RECLAMACION DUPLICADA 11C. EXCEDIO TIEMPO SOMETER RECLAMACION 11D. FECHA DE SERVICIO SOMETIDA NO CUADRA CON FECHA DE REGISTROS MEDICOS RECIBIDOS 11F. ESTE SERVICIO NO ES REEMBOLSABLE PARA EL LUGAR DE SERVICIO 11H. NUESTROS REGISTROS INDICAN QUE EL PACIENTE PAGO POR LOS SERVICIOS 11I. EL SERVICIO NO FUE APROBADO POR MEDICARE 11J. EL DIAGNOSTICO PRIMARIO UTILIZADO ES INCORRECTO O INAPROPIADO

9. Justificación para la denegación - Salud Mental [Justificaciones](#)

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	76	7	11	12
* 2. Falta de pre-autorización	9	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	857	1	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	64	13	3	15
* 5. Medicamento fuera de formulario	410	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	5	0	7
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	112	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	6	0	8
* 10. Política médica	243	35	0	0
* 11. Otro	8061	2	0	1

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

11. Otro - 3Y Prior Authorization Denied 11. Otro - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otro - 43 11. Otro - 535 OCC VALUE NOT SUPPORTED. FOR COB SUBMIT 11. Otro - 645 11. Otro - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otro - 71 PRESCRIBER NOT COVERED BY THIS PLAN;Pres 11. Otro - 76 ACUTE DRUGS NOT ALLOWED 11. Otro - 76 DAY SUPPLY NOT ALLOWED 11. Otro - 76 LIMIT: 1 PER DAY 11. Otro - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED: ONLY 0 REFILLS AUT 11. Otro - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otro - 79 Refill Too Soon 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 7/30 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/22 11. Otro - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 8/5/ 11. Otro - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otro - 81 Claim Too Old 11. Otro - 82 Claim Is Post-Dated 11. Otro - 826 11. Otro - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otro - 85 Claim Not Processed 11. Otro - 88 Drug Excessive Dosage Alert – Soft Rejec 11. Otro - 88 DUR Reject Error 11. Otro - 91 Host Response Error 11. Otro - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otro - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otro - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11.1 DENTAL COVERAGE ONLY 11.2 PHARMACY ONLY COVERAGE

* 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

13. Posición:

Business Intelligence VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardsystem.com