

 Response Details	
ID:	96100789
Timestamp:	14 Jan, 2021 02:52:30 PM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	1091 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:	00
Latitude:	18.468597412109
Longitude:	-66.105697631836
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

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

202945

4. Año

2020

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/14/2021

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	607	290	472	200	59	62	651
* 2. Falta de pre-autorización	3096	1	3	1	0	0	51
* 3. Falta de información/información incompleta	28835	110	67	21	3	1	67
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	975	3	574	191	12	223	1033
* 5. Medicamento fuera de formulario	28954	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	1	208	141	144	14	26	201
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	195	43	4	1	0	10	10
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	162	35	27	21	1	6	36
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	144	202	127	17	88	241
* 10. Política médica	0	9	31	29	8	2	4192
* 11. Otro	51160	129	368	176	31	67	364

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otros - 43 11. Otros - 44 11. Otros - 46 11. Otros - 4W Must Fill Through Specialty Pharmacy 11. Otros - 535 OCC VALUE NOT SUPPORTED. FOR COB SUBMIT 11. Otros - 645 11. Otros - 70 106101058 11. Otros - 70 2058 11. Otros - 70 DRUG COVERED UP TO 21 YEARS 11. Otros - 70 Drug Excessive Dosage Alert – Soft Rejec 11. Otros - 70 GREATER THAN OR EQUAL TO 18 YEARS 11. Otros - 70 GREATER THAN OR EQUAL TO 65 YEARS 11. Otros - 70 ONLY 30 DAYS NON-FORMULARY ALLOWED;OTC N 11. Otros - 70 PA REQ'D, PLEASE FAX MC21: 866-827-8024 11. Otros - 70 RULE LIMITS ARE 150 PER 30 DAY(S) 11. Otros - 70 SPECIALTY PHARMACY ONLY 11. Otros - 71 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otros - 71 PRESCRIBER ID NOT COVERED 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 73 Refills Are Not Covered 11. Otros - 76 DAY SUPPLY NOT ALLOWED 11. Otros - 76 LIMIT: 4 UNITS PER DAY 11. Otros - 76 LIMIT: 8 UNITS PER DAY 11. Otros - 76 MAX 30 DAY SUPPLY AND NO REFILLS ALLOWED 11. Otros - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otros - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED: ONLY 0 REFILLS AUT 11. Otros - 76 PLAN LIMITS EXCEEDED: DAYS > 30 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otros - 79 Refill Too Soon 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 1/1/ 11. Otros -

79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 1/29 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 1/3/ 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 1/7/ 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 10/1 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 10/2 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/1 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/2 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/6 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/7 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/1 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/2 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/6 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/9 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 2/15 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 2/27 11. Otros - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otros - 80 Drug-Diagnosis Mismatch 11. Otros - 81 Claim Too Old 11. Otros - 82 Claim Is Post-Dated 11. Otros - 826 11. Otros - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otros - 83 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 11/1 11. Otros - 83 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/1 11. Otros - 85 Claim Not Processed 11. Otros - 88 Drug Excessive Dosage Alert – Soft Rejec 11. Otros - 88 DUR Reject Error 11. Otros - 88 GREATER THAN OR EQUAL TO 40 YEARS & LESS 11. Otros - 88 INTERACTS W/ATORVASTATIN 40 MG TABLET 11. Otros - 88 INTERACTS W/DICLOFENAC SOD DR 50 MG TAB 11. Otros - 88 INTERACTS W/KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL 11. Otros - 88 INTERACTS W/LISINOPRIL 20 MG TABLET 11. Otros - 91 Host Response Error 11. Otros - 943 THERAPEUTIC DUPLICATION ENCOUNTERED 11. Otros - 99 Host Processing Error 11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otros - AG Days Supply Limitation For Product/Servi 11. Otros - ET Quantity Prescribed is required on all C 11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otros - MR COVERD BY MEDICAL COMPONENT 11. Otros - MR COVERED BY MEDICAL COMPONENT 11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.10 DENTAL COVERAGE ONLY 11.11 NO MEDICAL COVERAGE 11.12 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.13 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT 11.2 NOT COVERED FOR DIAG INDICATED 11.3 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED 11.4 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.5 COVERED THROUGH REIMB ONLY 11.6 BENEFIT NOT COVERED FOR DEP. 11.7 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.8 COSMETIC PROCEDURE 11.9 NO VISION COVERAGE 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 11K. EXCEDIO LIMITE DEL BENEFICIO ANNUAL

9. Justificación para la denegación - Salud Mental **Justificaciones**

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	16	5	4	16
* 2. Falta de pre-autorización	157	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	742	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	70	57	8	23
* 5. Medicamento fuera de formulario	610	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	1	15	4	17
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	163	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	13	0	17
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	7824	9	1	9

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otros - 43 11. Otros - 44 11. Otros - 535 OCC VALUE NOT SUPPORTED. FOR COB SUBMIT 11. Otros - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 73 Refills Are Not Covered 11. Otros - 76 DAY SUPPLY NOT ALLOWED 11. Otros - 76 LIMIT: 1 PER DAY 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 Refill Too Soon 11. Otros - 79 REFILL TOO SOON: REFILL AVAILABLE - 12/1 11. Otros - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otros - 81 Claim Too Old 11. Otros - 82 Claim Is Post-Dated 11. Otros - 826 11. Otros - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otros - 85 Claim Not Processed 11. Otros - 88 DUR Reject Error 11. Otros - 91 Host Response Error 11. Otros - 943 THERAPEUTIC DUPLICATION ENCOUNTERED 11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11.1 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.2 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.3 DENTAL COVERAGE ONLY

* 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:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardssystem.com