

 Response Details	
ID:	109768142
Timestamp:	27 Apr, 2021 05:21:55 PM AST
IP Address:	200.50.21.163
Time Taken:	809 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

 Geo Coding ?	
Country:	PR
Region:	
Latitude:	18.3588
Longitude:	-66.115
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

* ¿Está reportando información de un trimestre que ya fue sometido?

»

No

* 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.

205919

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 3 (Ene-Mar)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 04/27/2021

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	733	245	366	195	49	51	669
* 2. Falta de pre-autorización	3305	0	0	0	0	0	2
* 3. Falta de información/información incompleta	31302	232	108	30	13	6	326
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	1017	0	395	148	15	256	910
* 5. Medicamento fuera de formulario	29149	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	5	191	146	112	22	22	170
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	185	34	5	2	0	12	12
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	63	23	22	22	1	5	19
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	103	265	150	15	93	270
* 10. Política médica	0	6	40	32	7	3	3484
* 11. Otro	55210	117	334	219	41	72	3072

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 - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 73 Refills Are Not Covered 11. Otros - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 Refill Too Soon 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 - 85 Claim Not Processed 11. Otros - 88 DUR Reject Error 11. Otros - 91 Host Response Error 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 - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 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 11.2 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 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT 11.8 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.9 COSMETIC PROCEDURE 11A. SERVICIO PREVIAMENTE PROCESADO 11B. RECLAMACION DUPLICADA 11C. EXCEDIO TIEMPO SOMETER RECLAMACION 11E. RECIBIMOS SU RECLAMACION Y NO SE PUEDE PROCESAR EN ESTOS MOMENTOS 11F. ESTE SERVICIO NO ES REEMBOLSABLE PARA EL LUGAR DE SERVICIO 11G. CARGOS NO CUBIERTOS DEBIDO A LESION OCURRIDA EN LUGAR DE TRABAJO CUBIERTA POR SEGURO LABORAL 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 11. Otro: THIS PROCEDURE IS CONSIDERED NON-COVERED IN ACCORDANCE WITH EITHER THE PROGRAM BENEFITS OR THE FACILITY CONTRACT 11. Otro: THIS REQUEST HAS BEEN PREVIOUSLY REPORTED AND AN APPROVAL OR DENIAL WAS ISSUED. 11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY. 11. Otro: GUIDELINES REQUIRE THIS PROCEDURE TO BE REPORTED WITH A SINGLE TOOTH LETTER OR NUMBER. PLEASE RESUBMIT WITH THE CORRECT INFORMATION. 11. Otro: OUR RECORDS SHOW THAT THE MEMBER'S TOOTH/TEETH HAS ALREADY BEEN REMOVED. 11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE. 11. Otro: RESUBMIT WITH THE APPROPRIATE NARRATIVE TO REVIEW THIS CHARGE. 11. Otro: PLEASE RESUBMIT YOUR CLAIM TO INCLUDE THE BANDING DATE, TREATMENT PLAN WITH REMAINING MONTHS, A COPY OF THE PRIOR AUTHORIZATION, PATIENT CHART NOTES, AND PAYMENT HISTORY FROM THE PREVIOUS PAYER. WE MUST HAVE THIS INFORMATION TO DETERMINE OUR LIABILITY ON THIS CLAIM. 11. Otro: PLEASE SUBMIT A CONTINUITY OF CARE FORM. 11. Otro: THE SUBSCRIBER IS ACTIVE ON MORE THAN ONE PLAN. PLEASE CHECK THE ELIGIBILITY AND ADVISE PRIOR TO PROCESSING. 11. Otro: NO TIN OR NPI NUMBER WAS INCLUDED WITH THIS CLAIM OR THE TIN/NPI NUMBER SUBMITTED DOES NOT MATCH OUR RECORDS. WE ARE DENYING THIS CLAIM BECAUSE WE CANNOT PROPERLY IDENTIFY THE PROVIDER AND/OR FACILITY. 11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING FACILITY ARE NOT COVERED. 11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING PROVIDER ARE NOT COVERED. 11. Otro: YOUR RECONSIDERATION REQUEST HAS BEEN REVIEWED AND THE INITIAL DETERMINATION HAS BEEN UPHELD. 11. Otro: MEMBER IS OUTSIDE THE AGE RANGE FOR THIS OFFICE 11. Otro: PLEASE RESUBMIT THE ATTACHMENT IN A READABLE FORMAT. 11. Otro: THE DATE OF BIRTH DOES NOT MATCH THE DATA RECEIVED FROM THE PLAN. PLEASE UPDATE YOUR RECORDS TO AVOID FUTURE ISSUES WITH CLAIM SUBMISSIONS. 11. Otro: THIS INFORMATION HAS PREVIOUSLY BEEN REQUESTED.

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

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	13	12	1	40
* 2. Falta de pre-autorización	186	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	789	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	84	11	1	19
* 5. Medicamento fuera de formulario	642	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	2	6	2	15
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	122	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	8	0	7
* 10. Política médica	0	0	0	0

* 11. Otro	8380	7	0	5
------------	------	---	---	---

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 - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 Refill Too Soon 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 - 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 DENTAL COVERAGE ONLY 11.2 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.3 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.4 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.5 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT

* 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:

Data Management & Governance VP

14. Departamento/ Área:

Business Intelligence

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardsystem.com