

✓ Response Details	
ID:	119341577
Timestamp:	14 Jul, 2021 01:26:49 PM AST
IP Address:	24.139.73.146
Time Taken:	961 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

🌐 Geo Coding ⓘ	
Country:	PR
Region:	
Latitude:	18.3616
Longitude:	-66.1935
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.

207530

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 4 (Abr-Jun)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 07/14/2021

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	11046	55	228	112	25	13	550
* 2. Falta de pre-autorización	17970	0	0	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	34860	63	26	6	10	1	285
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	1648	0	445	137	26	227	1244
* 5. Medicamento fuera de formulario	31986	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	157	149	100	11	16	124
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	164	40	3	1	0	5	4
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	176	23	30	19	3	1	37
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	225	157	315	199	29	93	227
* 10. Política médica	0	2	8	17	8	0	2449
* 11. Otro	70728	48	137	110	18	32	2591

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primary Care Pharmacy
11. Otros - 43 11. Otros - 44 11. Otros - 46 11. Otros - 4W Must Fill Through Specialty Pharmacy
11. Otros - 645 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 - 7W Refills Exceed allowable Refills
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 - 99 Host Processing Error
11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allowable
11. Otros - AG Days Supply Limitation For Product/Service
11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan
11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-source
11. Otros - VC Pharmacy Service Type Submitted Not Supported
11.1 NON-COVERED SERVICE

(MEDICARE)11.10 DENTAL COVERAGE ONLY11.11 NO MEDICAL COVERAGE11.12 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT11.13 SERVICE BEFORE/AFTER GR EFFECT11.14 NON-PRESCRIPTION DRUGS NOT COV11.15 RETIREE NO MEDICARE PART B11.2 NOT COVERED FOR DIAG INDICATED11.3 EXCLUSION & SERV. NOT COVERED11.4 PHARMACY ONLY COVERAGE11.5 COVERED THROUGH REIMB ONLY11.6 BENEFIT NOT COVERED FOR DEP.11.7 COVERED BY AUTO INSURANCE11.8 COSMETIC PROCEDURE11.9 NO VISION COVERAGE11A. SERVICIO PREVIAMENTE PROCESADO11B. RECLAMACION DUPLICADA11C. EXCEDIO TIEMPO SOMETER RECLAMACION11E. RECIBIMOS SU RECLAMACION Y NO SE PUEDE PROCESAR EN ESTOS MOMENTOS11F. ESTE SERVICIO NO ES REEMBOLSABLE PARA EL LUGAR DE SERVICIO11I. EL SERVICIO NO FUE APROBADO POR MEDICARE11. Otro: YOUR RECONSIDERATION REQUEST HAS BEEN REVIEWED. ALTHOUGH THE ORIGINAL DENIAL REASON MAY HAVE BEEN OVERTURNED, THE SERVICE IS STILL BEING DENIED AND THE EXPLANATION FOR THIS CURRENT DENIAL OR NON-PAYMENT CAN BE FOUND THROUGH THE ACCOMPANYING CLAIM ADJUDICATION REMARK CODE. WE ARE UNABLE TO RELEASE BENEFITS TOWARD THIS SERVICE.11. Otro: PAYMENT FOR THIS PROCEDURE HAS BEEN PROVIDED UNDER A PRIOR CLAIM OR PROCEDURE.11. Otro: AFTER REVIEWING THE PRIMARY INSURANCE CARRIERS EXPLANATION OF BENEFITS; MCNA IS UNABLE TO DETERMINE OUR LIABILITY DUE TO A DISCREPANCY. THE DISCREPANCY MAY BE THAT THE PROCEDURE REPORTED TO MCNA DIFFERS FROM THE PROCEDURE REPORTED TO THE PRIMARY INSURANCE CARRIER; THE RENDERING PROVIDER REPORTED TO THE PRIMARY CARRIER DIFFERS, THE DATE OF SERVICE DIFFERS OR FOR ANOTHER REASON.11. Otro: THIS REQUEST HAS BEEN PREVIOUSLY REPORTED AND AN APPROVAL OR DENIAL WAS ISSUED.11. Otro: THIS PROCEDURE IS CONSIDERED NON-COVERED IN ACCORDANCE WITH EITHER THE PROGRAM BENEFITS OR THE FACILITY CONTRACT11. Otro: THIS INFORMATION HAS PREVIOUSLY BEEN REQUESTED.11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING FACILITY ARE NOT COVERED.11. Otro: MEMBER IS OUTSIDE THE AGE RANGE FOR THIS OFFICE11. Otro: SERVICES PERFORMED BY A NON-PARTICIPATING PROVIDER ARE NOT COVERED.11. Otro: PRACTITIONER CREDENTIALS ARE INVALID OR EXPIRED. PLEASE FORWARD THIS INFORMATION TO OUR OFFICE.11. Otro: THIS PROCEDURE HAS BEEN REPORTED AS BEING RENDERED BY ANOTHER PROVIDER AND/OR FACILITY.11. Otro: SERVICE(S) DENIED AS PROVIDER NOT SPECIFIED.11. Otro: THE CLAIM IS DENIED AS THE PROVIDER WAS NOT ACTIVE WITH THIS OFFICE ON THE DATE OF SERVICE.11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH NUMBER.11. Otro: THIS PROCEDURE CANNOT BE REPORTED ELECTRONICALLY.11. Otro: THIS PROCEDURE IS ONLY COVERED IN CONJUNCTION WITH ROOT CANAL THERAPY.11. Otro: SERVICES ARE DENIED BECAUSE THIS PROGRAM IS NO LONGER ACTIVE WITH MCNA.11. Otro: CLAIMS MUST BE FILED WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF SERVICE PER THE CLAIMS AND PAYMENT SECTION OF THE PROVIDER MANUAL.11. Otro: COVERAGE IS LIMITED TO ONCE IN A 24 MONTH PERIOD PER THE COVERED BENEFITS OUTLINED IN YOUR PROVIDER MANUAL.11. Otro: PLEASE SUBMIT THE CORRECT TOOTH SURFACE.11. Otro: OUR RECORDS INDICATE THAT THE SUBSCRIBER IS NOT ENROLLED IN THIS PORTION OF THE BENEFIT PACKAGE.

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

	Medicamento	Servicio médico especializado	Servicio médico sub-especializado	Otro
* 1. Facturación fuera de período de contrato	982	10	1	34
* 2. Falta de pre-autorización	1110	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	940	0	0	0
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	53	21	1	10
* 5. Medicamento fuera de formulario	663	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	4	3	17
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	143	0	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	0	0	0
* 9. Servicio incompatible con el manejo	0	11	2	15

y tratamiento de la condición del paciente				
* 10. Política médica	0	0	0	0
* 11. Otro	10446	2	0	1

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primary11. Otros - 43 11. Otros - 44 11. Otros - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum11. Otros - 79 Refill Too Soon11. Otros - 7W Refills Exceed allowable Refills11. Otros - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation11. Otros - 81 Claim Too Old11. Otros - 82 Claim Is Post-Dated11. Otros - 826 11. Otros - 83 Duplicate Paid/Captured Claim11. Otros - 85 Claim Not Processed11. Otros - 88 DUR Reject Error11. Otros - 91 Host Response Error11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou11. Otros - VC Pharmacy Service Type Submitted Not Supp11.1 PHARMACY ONLY COVERAGE11.2 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT

* 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:

BI

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

Karimir.Garcia@medicalcardsystem.com