

| Response Details | |
|--------------------|------------------------------|
| ID: | 96237441 |
| Timestamp: | 15 Jan, 2021 04:50:18 PM AST |
| IP Address: | 208.83.38.100 |
| Time Taken: | 794 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

» Triple S Salud Inc.

* ¿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.

418748

4. Año

2020

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/15/2021

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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 2. Falta de pre-autorización | 0 | 40 | 167 | 109 | 2 | 170 | 634 |
| * 3. Falta de información/información incompleta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 5. Medicamento fuera de formulario | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida | 0 | 197 | 912 | 456 | 70 | 201 | 1061 |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente | 0 | 32 | 1347 | 425 | 10 | 28 | 301 |
| * 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente | 0 | 43 | 114 | 80 | 5 | 29 | 52 |
| * 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| * 10. Política médica | 0 | 6531 | 11993 | 4083 | 3373 | 3786 | 8450 |
| * 11. Otro | 0 | 10523 | 25445 | 8681 | 1351 | 10540 | 32785 |

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

Top 5 Categoría Otros *Sola una categoria de duplicados No contract term found for service 10086 Submission Window Exceeded for Claim Start Date 10039 Duplicate Mem/DOS/Srvc Code/Mod/Pay to/Rendering Phys 8560 No Benefit for Service 7640 Default FFS Percent Not Defined 7526

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 | 8 | 0 | 56 |

| | | | | |
|---|---|-----|----|------|
| * 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 | 51 | 3 | 57 |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente | 0 | 0 | 0 | 1 |
| * 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 | 295 | 13 | 987 |
| * 11. Otro | 0 | 555 | 61 | 1258 |

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

Others Specify Location-specific benefit does NOT match claim 256 Submission Window Exceeded for Claim Start Date 256
Pend claim if COB is 0 on secondary enrollment claim 237 Duplicate Mem/DOS/Svc Code/Mod/Rendering Phys 166 Default
FFS Percent Not Defined 153

* 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:

Natalia Torres (LOB-Comercial)

13. Posición:

Analista Estadístico

14. Departamento/ Área:

Payment Integrity

15. Teléfono:

Phone

787-749-4949

16. Correo electrónico:

natalia.torres1@ssspr.com