

 Response Details	
ID:	108355710
Timestamp:	15 Apr, 2021 09:18:20 AM AST
IP Address:	74.213.66.107
Time Taken:	812 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

 Geo Coding 	
Country:	PR
Region:	
Latitude:	18.3923
Longitude:	-67.1096
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

» Triple S Salud Inc.

* ¿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.

414617

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 3 (Ene-Mar)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 04/15/2021

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	5	16	5	5	60	354
* 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	16	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	260	741	342	88	120	980
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	39	1119	302	9	5	137
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	81	81	31	2	25	51
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 10. Política médica	0	9534	14594	4982	3317	3741	13716
* 11. Otro	0	45501	54913	24133	3771	19084	56141

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

DUPLICATE MEM/DOS/SRVC CODE/MOD/RENDERING PHYS 35077 SUBMISSION WINDOW EXCEEDED FOR CLAIM START DATE= 13317 NO CONTRACT TERM FOUND FOR SERVICE= 11924 PEND CLAIM IF COB IS 0 ON SECONDARY ENROLLMENT CLAIM =6168 DEFAULT FFS PERCENT NOT DEFINED =5469 NO BENEFIT FOR SERVICE =4708 LOCATION-SPECIFIC BENEFIT DOES NOT MATCH CLAIM= 3596 NO COB ENTERED WITH A SECONDARY ENROLLMENT =2724 BENEFIT RESTRICTION GROUP VALIDATION FAILED =2137 BENEFIT IS EXCLUDED FROM BENEFIT PLAN =2013 DIAGNOSIS ON CLAIM DOES NOT MATCH TERMS VALID RANGE= 1528 INVALID DIAGNOSIS CODE FOR BENEFIT =1325 BILL TYPE ON CLAIM DOES NOT MATCH CONTRACT TERM= 1308 PROVIDER IS NOT PART OF NETWORK REQUIRED FOR BENEFIT= 1132

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	0	0	35
* 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	1	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	36	2	27
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	26	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	0	2	3
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	0	0	0
* 10. Política médica	0	295	11	691
* 11. Otro	0	2557	105	3740

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

DUPLICATE MEM/DOS/SRVC CODE/MOD/RENDERING PHYS =1017 SUBMISSION WINDOW EXCEEDED FOR CLAIM
START DATE =368 PEND CLAIM IF COB IS 0 ON SECONDARY ENROLLMENT CLAIM= 214 LOCATION-SPECIFIC BENEFIT
DOES NOT MATCH CLAIM =145 NO COB ENTERED WITH A SECONDARY ENROLLMENT =60 NO CONTRACT TERM
FOUND FOR SERVICE =42 PROVIDER IS NOT PART OF NETWORK REQUIRED FOR BENEFIT =31 DEFAULT FFS
PERCENT NOT DEFINED= 30 NO AVAILABLE BED DAYS ON UM= 27 NO BENEFIT FOR SERVICE =24 PRIMARY CARRIER
PAID DATE REQUIRED ON COB CLAIMS= 22 INVALID DIAGNOSIS CODE FOR BENEFIT= 21 BENEFIT RESTRICTION
GROUP VALIDATION FAILED= 12 UNITS EXPANSION DETECTED =11

* 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

13. Posición:

Analista Estadístico

14. Departamento/ Área:

Payment Integrity

15. Teléfono:
Phone

787-749-4949

16. Correo electrónico:

natalia.torres1@ssspr.com