

 Response Details	
<b>ID:</b>	128837235
<b>Timestamp:</b>	14 Oct, 2021 03:37:54 PM AST
<b>IP Address:</b>	198.245.101.134
<b>Time Taken:</b>	250 seconds
<b>Back Button Usage:</b>	Not used
<b>Score:</b>	0.0
<b>Survey Language:</b>	English
<b>Source Identifier:</b>	
<b>Email Address:</b>	
<b>Email List:</b>	

 Integration Tags	
<b>External Reference:</b>	
<b>Custom Variable 1 :</b>	
<b>Custom Variable 2 :</b>	
<b>Custom Variable 3 :</b>	
<b>Custom Variable 4 :</b>	
<b>Custom Variable 5 :</b>	

 Geo Coding 	
<b>Country:</b>	PR
<b>Region:</b>	
<b>Latitude:</b>	18.373
<b>Longitude:</b>	-65.9582
<b>Radius:</b>	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

» First Medical Health Plan

\* ¿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.

268,034

4. Año

2021

\* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/14/2021

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	0	0	0	0	0	0	6
* 2. Falta de pre-autorización	0	0	0	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	0	0	178	0	152
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0
* 5. Medicamento fuera de formulario	0	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	0	0	0	22	0	20
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente	0	0	0	0	0	0	0
* 10. Política médica	465	0	1,298	0	11	0	15
* 11. Otro	420	0	0	0	490	0	1,638

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

Servicio excluido de cubierta, agoto beneficios de cubierta, suscriptor en espera de beneficios de cubierta, paciente con condición preexistente, servicio corresponde a otra aseguradora, servicio incluido en código aprobado, servicio intra-hospitalario no requiere previa autorización, servicio no realizado, servicio no requiere autorización, no tiene beneficios, terapia escalonada, cantidad limitada, Autorización cancelada/ Duplicada, Tratamiento de fertilidad, De realizar el procedimiento facturar con reporte, Servicios con otro proveedor, Suscriptor admitido en Hospicio, Paciente incumplió con leyes de PR, Paciente agoto beneficios, Periodo de espera, servicio no realizado, Procedimientos ya realizados, paciente rehúsa servicio, Paciente no tiene cubierta para servicios fuera de P.R., Suscriptor no utiliza equipo médico, Cumplió periodo de renta, cirugía cancela por suscriptor y/o proveedor, Servicio no ofrecido por el Proveedor, Proveedor no contratado,

documentación no justifica nivel de cuidado, paciente con servicios aprobados previamente, Servicio por condición de impotencia / difusión eréctil, servicio de tratamientos experimentales excluidos, Suscriptor no cumplió con plan dietético, Paciente se encuentra hospitalizado, Servicio autorizado bajo otra modalidad de tratamiento, no se contacta suscriptor por teléfono

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	0
* 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	0	0	0
* 7. Servicio incompatible con la edad del paciente	0	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	0	0	0
* 10. Política médica	67	111	0	0
* 11. Otro	7	0	0	0

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

Servicio excluido de cubierta, cantidad limitada

\* 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:

Lcda. Jessica Losa Robles

13. Posición:

Vicepresidenta de Asuntos Regulatorios

14. Departamento/ Área:

Asuntos Regulatorios

---

15. Teléfono:

Phone

---

16. Correo electrónico: