

|  Response Details |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| ID:                                                                                               | 136125322                    |
| Timestamp:                                                                                        | 15 Jan, 2022 02:09:53 PM AST |
| IP Address:                                                                                       | 205.145.107.75               |
| Time Taken:                                                                                       | 289 seconds                  |
| Back Button Usage:                                                                                | Not used                     |
| Score:                                                                                            | 0.0                          |
| Survey Language:                                                                                  | English                      |
| Source Identifier:                                                                                |                              |
| Email Address:                                                                                    |                              |
| Email List:                                                                                       |                              |

|  Geo Coding  |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Country:                                                                                                                                                                      | US      |
| Region:                                                                                                                                                                       | KY      |
| Latitude:                                                                                                                                                                     | 38.2539 |
| Longitude:                                                                                                                                                                    | -85.76  |
| 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

» Humana Insurance of Puerto Rico, 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.

55623

4. Año

2021

\* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/15/2022

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                                       | 2           | 69          | 108                           | 0                                 | 17      | 43      | 231  |
| * 2. Falta de pre-autorización                                                      | 3400        | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 0           | 1           | 383                           | 0                                 | 86      | 260     | 44   |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria           | 0           | 15          | 439                           | 0                                 | 30      | 45      | 197  |
| * 5. Medicamento fuera de formulario                                                | 5354        | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida                                     | 3937        | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente                                 | 16          | 5           | 34                            | 0                                 | 0       | 0       | 3    |
| * 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente                                 | 0           | 33          | 29                            | 0                                 | 6       | 3       | 10   |
| * 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente | 0           | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 10. Política médica                                                               | 0           | 3           | 0                             | 0                                 | 1       | 14      | 22   |
| * 11. Otro                                                                          | 0           | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |

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

Servicio no está en la cubierta. Servicio no incluido en fee schedule. Periodo de facturacion vencido.

9. Justificación para la denegación - Salud Mental [Justificaciones](#)

|                                      | Medicamento | Servicio médico especializado | Servicio médico sub-especializado | Otro |
|--------------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|------|
| * 1. Facturación fuera de período de | 0           | 0                             | 0                                 | 0    |

|                                                                                     |     |     |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|---|
| contrato                                                                            |     |     |   |   |
| * 2. Falta de pre-autorización                                                      | 622 | 3   | 0 | 0 |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 0   | 349 | 0 | 0 |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria           | 0   | 0   | 0 | 0 |
| * 5. Medicamento fuera de formulario                                                | 97  | 0   | 0 | 0 |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida                                     | 277 | 34  | 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                                                               | 0   | 0   | 0 | 0 |
| * 11. Otro                                                                          | 0   | 146 | 0 | 0 |

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

Servicio no está en la cubierta. Servicio no incluido en fee schedule. Periodo de facturación vencido.

\* 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:

Carmen L Rodriguez Casillas

13. Posición:

Gerente

14. Departamento/ Área:

Cumplimiento Regulatorio

15. Teléfono:

Phone

787-306-1621

16. Correo electrónico:

crodriguez2@humana.com

