

| Response Details   |                              |
|--------------------|------------------------------|
| ID:                | 142867944                    |
| Timestamp:         | 14 Apr, 2022 07:51:24 AM AST |
| IP Address:        | 205.145.107.81               |
| Time Taken:        | 503 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:   | US      |
| Region:    | KY      |
| Latitude:  | 38.2539 |
| Longitude: | -85.76  |
| 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

» Humana Health Plans 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.

9183

4. Año

2022

\* 5. Trimestre

» 3 (Ene-Mar)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 04/14/2022

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                                       | 0           | 3           | 13                            | 0                                 | 0       | 0       | 35   |
| * 2. Falta de pre-autorización  | 328         | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 0           | 0           | 17                            | 0                                 | 2       | 9       | 0    |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria           | 0           | 1           | 19                            | 0                                 | 0       | 0       | 8    |
| * 5. Medicamento fuera de formulario  | 102         | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida                                     | 236         | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0    |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente                                 | 1           | 0           | 1                             | 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   | 0           | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 1       | 1    |
| * 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 This Service is not included in the fee schedule Contracted The time limit for filing has expired

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  | 68 | 1   | 0 | 0 |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 0  | 128 | 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                                     | 35 | 13  | 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  | 80  | 0 | 0 |

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

Servicio no está en la cubierta This Service is not included in the fee schedule Contracted The time limit for filing has expired

\* 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

