

 Response Details	
ID:	135714741
Timestamp:	11 Jan, 2022 08:45:49 AM AST
IP Address:	72.50.31.69
Time Taken:	1444 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

 Geo Coding 	
Country:	PR
Region:	
Latitude:	18.0777
Longitude:	-66.9605
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

» Ryder Health Plan, 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.

1765

4. Año

2021

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/11/2022

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	0	2	0	0	0	0
* 2. Falta de pre-autorización	0	0	3	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	41	3	0	0	0
* 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	1	0	0	0	0
* 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	0	0	0	0	0	0	0
* 11. Otro	0	0	0	2	0	0	1

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

Servicios de pruebas genéticas no están incluidos bajo la cubierta del paciente (2). Servicios de ambulancia no están incluidos bajo la cubierta del paciente (1).

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	0	0	0	0
* 11. Otro	0	0	0	0

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

N/A.

* 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:

YARLIN M. ROSA

13. Posición:

CONTADORA

14. Departamento/ Área:

PLAN MEDICO

15. Teléfono:

Phone

787-852-0846

16. Correo electrónico:

yarlin.marie@yahoo.com

