

Response Details	
ID:	157648127
Timestamp:	16 Jan, 2023 03:04:59 PM AST
IP Address:	107.77.216.35
Time Taken:	780 seconds
Back Button Usage:	Not used
Score:	0.0
Survey Language:	English
Source Identifier:	
Email Address:	
Email List:	

Geo Coding ?	
Country:	US
Region:	FL
Latitude:	28.6344
Longitude:	-81.6221
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

» 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.

256,240

4. Año

2022

* 5. Trimestre

» 2 (Oct-Dic)

* 6. Fecha de entrega del informe

» 01/16/2023

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	0	0	0	0	0	0
* 3. Falta de información/información incompleta	0	0	0	0	2	0	18
* 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0
* 5. Medicamento fuera de formulario	22	0	0	0	0	0	0
* 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida	0	0	0	0	20	0	4
* 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	1
* 10. Política médica	243	0	789	0	1	0	1
* 11. Otro	314	0	0	0	94	0	909

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

Servicio Excluído de cubierta, Paciente agotó beneficio en cubierta, Servicio corresponde a otra aseguradora/ agencia, Servicio no realizado, Servicio no requiere pre-autorización, Cancelada/duplicada, Proveedor no contratado, Servicio realizado, Paciente rehusa recibir los servicios, Servicio no ofrecido por proveedor, Suscriptor tiene cubierta suplementaria con Medicare, Suscriptor no utiliza equipo/ servicio, Servicios aprobados previamente, Paciente recibe servicios con otro proveedor, Cumplió periodo de renta/ Equipo propiedad del suscriptor, Paciente hospitalizado, Servicio aprobado bajo otra modalidad de tratamiento, Terapia Escalonada y Cantidad Limitada.

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	19	12	0	0
* 11. Otro	1	0	0	0

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

Servicio Excluido de Cubierta.

* 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:

Dra. Jessica Losa Robles

13. Posición:

VP Asuntos Regulatorios

14. Departamento/ Área:

Asuntos Regulatorios

15. Teléfono:
Phone

787-617-4306

16. Correo electrónico:

j.losa@firstmedicalpr.com
