

| ✔ Response Details |                              |
|--------------------|------------------------------|
| ID:                | 152821608                    |
| Timestamp:         | 13 Oct, 2022 10:19:01 AM AST |
| IP Address:        | 200.50.21.163                |
| Time Taken:        | 3857 seconds                 |
| Back Button Usage: | Not used                     |
| Score:             | 0.0                          |
| Survey Language:   | English                      |
| Source Identifier: |                              |
| Email Address:     |                              |
| Email List:        |                              |

| 🌐 Geo Coding ⓘ |         |
|----------------|---------|
| Country:       | PR      |
| Region:        |         |
| Latitude:      | 18.3588 |
| Longitude:     | -66.115 |
| 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

» MCS Life Insurance Company

\* ¿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.

221,636

4. Año

2022

\* 5. Trimestre

» 1 (Jul-Sep)

\* 6. Fecha de entrega del informe

» 10/13/2022

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                                       | 5,712       | 191         | 464                           | 307                               | 43      | 48      | 1,139 |
| * 2. Falta de pre-autorización                                                      | 10,038      | 1,744       | 165                           | 294                               | 28      | 44      | 251   |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 37,584      | 51          | 18                            | 7                                 | 2       | 4       | 761   |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria           | 1,401       | 30          | 621                           | 228                               | 28      | 88      | 792   |
| * 5. Medicamento fuera de formulario                                                | 40,765      | 0           | 0                             | 0                                 | 0       | 0       | 0     |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida                                     | 4           | 90          | 47                            | 81                                | 8       | 19      | 367   |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente                                 | 158         | 28          | 13                            | 3                                 | 0       | 10      | 26    |
| * 8. Servicio incompatible con el sexo del paciente                                 | 219         | 28          | 18                            | 15                                | 0       | 4       | 21    |
| * 9. Servicio incompatible con el manejo y tratamiento de la condición del paciente | 266         | 170         | 414                           | 216                               | 33      | 140     | 236   |
| * 10. Política médica                                                               | 5           | 13          | 29                            | 35                                | 1       | 6       | 3,015 |
| * 11. Otro                                                                          | 70,738      | 959         | 708                           | 524                               | 86      | 171     | 3,992 |

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otros - 43 11. Otros - 44 11. Otros - 4W Must Fill Through Specialty Pharmacy 11. Otros - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 73 Refills Are Not Covered 11. Otros - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 Refill Too Soon 11. Otros - 7W Refills Exceed allowable Refills 11. Otros - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otros - 81 Claim Too Old 11. Otros - 82 Claim Is Post-Dated 11. Otros - 826 11. Otros - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otros - 85 Claim Not Processed 11. Otros - 88 DUR Reject Error 11. Otros - 91 Host Response Error 11. Otros - 99 Host Processing Error 11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otros - AG Days Supply Limitation For Product/Servi 11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11.1 NON-COVERED SERVICE (MEDICARE) 11.2 NOT COVERED

FOR DIAG INDICATED 11.4 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.5 COVERED THROUGH REIMB ONLY 11.6 BENEFIT NOT COVERED FOR DEP. 11A. SERVICIO PREVIAMENTE PROCESADO 11B. RECLAMACION DUPLICADA 11C. EXCEDIO TIEMPO SOMETER RECLAMACION 11M. SERVICIO EXCLUIDO DE CUBIERTA 11. Otros - N8 Use Prior Authorization Code Provided Fo 11.9 VISION BENEFITS NOT COVERED 11.7 RETIREE NO MEDICARE PART B 11.3 SERVICE EXCLUDED UNDER COVERAG 11.11 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT 11.10 DENTAL COVERAGE ONLY 11.8 COSMETIC PROCEDURE 11. Otro: 96-Non-covered charge(s). At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the NCPDP Reject Reason Code, or Remittance Advice Remark Code that is not an ALERT.) Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 95-Plan procedures not followed. 11. Otro: 119-Benefit maximum for this time period or occurrence has been reached. 11. Otro: B7- This provider was not certified/eligible to be paid for this procedure/service on this date of service. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: B13-Previously paid. Payment for this claim/service may have been provided in a previous payment. 11. Otro: 6-The procedure/revenue code is inconsistent with the patient's age. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 97-The benefit for this service is included in the payment/allowance for another service/procedure that has already been adjudicated. Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 197-Precertification/authorization/notification absent. 11. Otro: 16- Claim/service lacks information or has submission/billing error(s) which is needed for adjudication. Do not use this code for claims attachment(s)/other documentation. At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the NCPDP Reject Reason Code, or Remittance Advice Remark Code that is not an ALERT.) Note: Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present. 11. Otro: 208-National Provider Identifier - Not matched. 11. Otro: 140-Patient/Insured health identification number and name do not match. 11. Otro: 168- Service(s) have been considered under the patient's medical plan. Benefits are not available under this dental plan. 11. Otro: 35-Lifetime benefit maximum has been reached. 11. Otro: 29-The time limit for filing has expired. 11. Otro: B12-Services not documented in patients' medical records. 11. Otro: 206-National Provider Identifier - missing. 11K. EXCEDIO LIMITE DEL BENEFICIO ANNUAL

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

|                                                                                     | Medicamento | Servicio médico especializado | Servicio médico sub-especializado | Otro |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|------|
| * 1. Facturación fuera de período de contrato                                       | 397         | 12                            | 1                                 | 50   |
| * 2. Falta de pre-autorización                                                      | 957         | 0                             | 0                                 | 0    |
| * 3. Falta de información/información incompleta                                    | 745         | 0                             | 0                                 | 0    |
| * 4. Ausencia de credenciales del proveedor/facilidad médico-hospitalaria           | 46          | 17                            | 7                                 | 41   |
| * 5. Medicamento fuera de formulario                                                | 855         | 0                             | 0                                 | 0    |
| * 6. Cubierta de plan médico no vigente/vencida                                     | 0           | 6                             | 0                                 | 13   |
| * 7. Servicio incompatible con la edad del paciente                                 | 158         | 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           | 7                             | 4                                 | 10   |
| * 10. Política médica                                                               | 0           | 0                             | 0                                 | 0    |
| * 11. Otro                                                                          | 10,659      | 7                             | 1                                 | 2    |

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

11. Otros - 41 Submit Bill To Other Processor Or Primar 11. Otros - 44 11. Otros - 645 11. Otros - 71 Prescriber Is Not Covered 11. Otros - 73 Refills Are Not Covered 11. Otros - 78 Cost Exceeds Maximum 11. Otros - 79 Refill Too Soon 11. Otros - 7W Refills Exceed allowable Refills 11. Otros - 7X Days Supply Exceeds Plan Limitation 11. Otros - 81 Claim Too Old 11. Otros - 826 11. Otros - 83 Duplicate Paid/Captured Claim 11. Otros - 85 Claim Not Processed 11. Otros - 88 DUR Reject Error 11. Otros - 91 Host Response Error 11. Otros - 9G Quantity Dispensed Exceeds Maximum Allow 11. Otros - G5 Pharmacist must contact plan 11. Otros - UU DAW Ø cannot be submitted on a multi-sou 11. Otros - 76 Plan Limitations Exceeded 11. Otros - 82 Claim Is Post-Dated 11.1 DENTAL COVERAGE ONLY 11.3 PHARMACY ONLY COVERAGE 11.2 DOES NOT MEET HOSP.REQUIREMENT

\* 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:

Lisa Casanova

13. Posición:

Data Management & Governance VP

14. Departamento/ Área:

BI

15. Teléfono:

Phone

787-758-2500

16. Correo electrónico:

FlrizarryRo@medicalcardsystem.com