ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

12 de abril de 1994

Carta Circular Núm. Q-I-2-1342-94

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
AUTORIZADAS EN PUERTO RICO

Re: Fecha límite para rendir el informe anual sobre el sistema de querellas de las organizaciones de servicios de salud

Estimados señores:

A tenor con lo dispuesto en el artículo 19.120 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 1912, cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado de Seguros y al Secretario de Salud, un informe anual de su sistema de querellas.

Acompañamos el formulario donde deberán presentar el referido informe, el cual deberá reflejar el movimiento de querellas durante el año natural 1993.

Conforme al apartado (f) del referido artículo, los derechos por concepto de radicación de dicho informe son de $25.

Por la presente se ordena a toda organización de servicios de salud autorizada a ofrecer planes de cuidado de salud en Puerto Rico, que someta dicho informe a esta Oficina en o antes del 16 de mayo de 1994.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

Apartado 8330 — Estación Fdez. Juncos — Santurce, Puerto Rico 00910 - 8330
Tel. (809) 722-8686, Fax (809) 722-4400

Estado Libre Asociado de Purto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
San Juan, Puerto Rico

INFORME DE QUERELLAS PARA EL AÑO____

(De no ser el espacio provisto suficiente para la contestación de alguna pregunta de este informe, favor utilizar el dorso de cada uno de estas hojas)

_____
Nombre de la organización de servicios de salud

Dirección : _____

_____

_____

Teléfono : _____

Fecha de autorización : _____

1. Describa el procedimiento del sistema de querellas que utiliza la Organización.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. En relación a las querellas recibidas durante el año comprendido en este informe indique:

a) Número de querellas recibidas _____

b) Número de querellas que procedieron _____

c) Número de querellas que se desestimaron _____

3. Someta un listado de las personas o entidades que les presentaron una querella, y el tiempo que tomó resolver las mismas, contado desde la fecha en que fue radicada. Dicho listado deberá contener la dirección y teléfono de los querellantes.

4. Mencione los motivos fundamentales que ocasionaron las querellas y frecuencia (número) de cada una de ellas.

Motivo	Frecuencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. En relación a los miembros del Comité de Querellas indique:

Representante de los Suscriptores Individuales:

a) Nombre : _____

b) Dirección : _____

_____

c) Teléfono : _____

d) Lugar de trabajo : _____

e) Número de Seguro Social : _____

f) Tiempo que lleva ocupando la posición : _____

Representante de los Suscriptores de Planes Grupales:

a) Nombre : _____

b) Dirección : _____

_____

c) Teléfono : _____

d) Lugar de trabajo : _____

e) Número de Seguro Social. : _____

f) Tiempo que lleva ocupando la posición. : _____

Representante de los Proveedores:

a) Nombre : _____

b) Dirección : _____

_____

c) Teléfono : _____

d) Lugar de trabajo : _____

e) Número de Seguro Social. : _____

f) Tiempo que lleva ocupando la posición. : _____

Representante de la Organización:

a) Nombre : _____

b) Dirección : _____

_____

c) Teléfono : _____

d) Número de Seguro Social. : _____

e) Tiempo que lleva ocupando la posición. : _____

6. Describa el procedimiento que se utilizó para elegir a los miembros del Comité de Querellas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Indique el número de veces en que se reunió el Comité durante el año comprendido en este informe: _____

Certificamos que la anterior información es correcta y describe fielmente el movimiento de querellas que ha tenido la organización durante el año para el cual se rinde este informe:

_____
Nombre del Presidente del Comité de Querellas

_____ _____
Firma Fecha

_____
Nombre del Presidente de la Organización

_____ _____
Firma Fecha

_____
Nombre del Secretario de la Organización

_____ _____
Firma Fecha