



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR, FAVOR  
REFERIRSE A

17 de enero de 1991

Carta Circular Núm. Q-I-1-1215-91

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

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

Estimados señores:

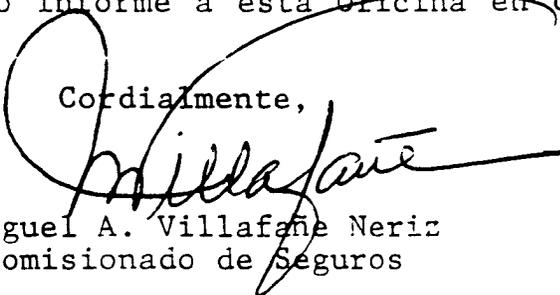
A tenor con lo dispuesto en el artículo 19.120 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 1912, cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado de Seguros y al Secretario de Salud, un informe anual de su sistema de querellas.

Acompañamos el formulario donde deberá presentar el referido informe, el cual deberá reflejar el movimiento de querellas durante el año natural 1990.

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 31 de marzo de 1991.

Cordialmente,

  
Miguel A. Villafañe Neriz  
Comisionado de Seguros

Anejo

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

INFORME DE QUERELLAS PARA EL AÑO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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. (Utilice hoja aparte de ser necesario en esta o cualquiera otra pregunta de este informe.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



4. A) Indique el nombre, posición, grupo que representa, lugar donde trabaja y número de teléfono y seguro social de los miembros del Comité de Querellas:

Nombre : \_\_\_\_\_

Posición : \_\_\_\_\_

Grupo que  
representa : \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo : \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono : \_\_\_\_\_

Seguro Social : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Posición : \_\_\_\_\_

Grupo que  
representa : \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo : \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono : \_\_\_\_\_

Seguro Social : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Posición : \_\_\_\_\_

Grupo que  
representa : \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo : \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono : \_\_\_\_\_

Seguro Social : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Posición : \_\_\_\_\_

Grupo que  
representa : \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo : \_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono : \_\_\_\_\_  
Seguro Social : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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



COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

## OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE

REPORT CONTAINING A SUMMARY OF STATISTICAL DATA IN CONNECTION WITH PHYSICIANS, SURGEONS, DENTISTS AND HOSPITAL PROFESSIONAL LIABILITY CLAIMS DURING THE SEMESTER ENDING ON \_\_\_\_\_

Coverage	Numbers of Claims Filed	Amount Claimed	Numbers of Claims Paid	Amount of Claims Paid	Number of Claims Denied or Closed Without Payments	Number of Outstanding Claims	Reserve for the Payment of Outstanding Claims
----------	-------------------------	----------------	------------------------	-----------------------	--	------------------------------	---

Hospitals

Physicians

Surgeons

Dentists

Date Report is Filed \_\_\_\_\_

Name of the Insurer \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Official \_\_\_\_\_

Name and Position of Official Signing Above \_\_\_\_\_