



Gobierno de Puerto Rico  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

Carta Circular Núm. I-3-1531-99

10 de marzo de 1999

**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 L.P.R.A. 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 1998.

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 no más tarde del 27 de abril de 1999.

Cordialmente,

Juan Antonio García  
Comisionado de Seguros

Anejo

Gobierno de Puerto 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 una 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. Con 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 se presentó la misma. 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.

<u>Motivo</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Con 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