



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,
FAVOR REFERIRSE A:

31 de marzo de 2004

CARTA CIRCULAR NÚMERO: C-I-3-1707-2004

**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**

Estimados señores y señoras:

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 2003.

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 14 de mayo de 2004.

Cordialmente,

Dorelisse Juarbe Jiménez
Comisionada de Seguros

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

www.ocs.gobierno.pr



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,
FAVOR REFERIRSE A:

29 de abril de 2004

REQUERIMIENTO: Informe de Querellas

**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**

Estimados señores y señoras:

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 2003.

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 14 de mayo de 2004.

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

www.ocs.gobierno.pr

Estado Libre Asociado 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 e identificar adecuadamente la pregunta a la cual corresponde dicha contestación.)

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 cada una de las mismas, contado desde la fecha en que se presentó cada querella. 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