



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

14 de marzo de 2005

CARTA CIRCULAR NÚM.: C-I-3-1735- 2005

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

**FECHA LÍMITE PARA RENDIR EL INFORME ANUAL SOBRE EL SISTEMA DE  
QUERELLAS**

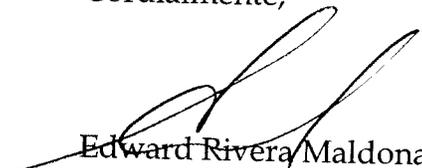
Estimados señores y señoras:

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 del Departamento 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 2004.

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 30 de marzo de 2005.

Cordialmente,



Edward Rivera Maldonado  
Subcomisionado de Seguros

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

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

[www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr)



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 : \_\_\_\_\_

