



Estado Libre Asociado De Puerto Rico  
Oficina del Comisionado de Seguros

**Antes de Radicar una Solicitud de Intervención  
Lea la Siguiete Información**

**Cómo Radicar una Solicitud de Intervención:**

- ❖ Por cada paciente o reclamación en controversia, complete una forma OCS-SIPP-001.
- ❖ Acompañe copia de cada forma 1500, 1450 ó J512 por las cuales reclama nuestra intervención.
- ❖ Divida cada reclamación por paciente y Asegurador u HMO.
- ❖ Acompañe copia del contrato entre las partes y enmiendas realizadas al mismo.
- ❖ Acompañe cualquier otra documentación que considere necesaria y que aporte a la solución de su controversia.
- ❖ Envíe sus solicitudes a:

**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS  
Unidad de Pago Puntual  
B5 Calle Tabonuco Suite 216  
Guaynabo, Puerto Rico 00968-3029**

**También nos puede visitar en nuestras oficinas ubicadas en el:**

**GAM TOWER  
Urb. Caparra Hills Ind. Park  
2 Calle Tabonuco Suite 400  
Guaynabo, Puerto Rico 00968-3029**

**Línea de Teléfono Disponible:**

Para aclarar cualquier duda relacionada con la Ley o Reglamento para el pago puntual de reclamación, puede comunicarse libre de cargos al:

**1-888-722-8686  
ó  
787-304-8686  
ext. 2307**

**Una vez recibida la solicitud:**

- ❖ Acusaremos recibo de la misma. En dicha comunicación le proveeremos información sobre el investigador a cargo y número de solicitud asignado.
- ❖ Copia de su solicitud le será enviada al Asegurador u HMO junto con un requerimiento de información o para solicitar de éste que exponga su posición.
- ❖ Su investigador a cargo analizará la información provista para emitir una determinación en su caso. Mayor información pudiera ser requerida durante la evaluación.
- ❖ Una vez concluida la investigación, usted recibirá una carta con los hallazgos del investigador, así como copia de cualquier orden contra el Asegurador u HMO o desestimación, según sea el caso.

*Forma OCS-SIPP-001*



Estado Libre Asociado De Puerto Rico  
Oficina del Comisionado de Seguros

Para uso de la OCS

Solicitud Núm.:  
PP-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INTERVENCION PARA EL PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES**

Información del Proveedor		
Nombre del Proveedor		Número de Proveedor
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip-Code
Persona Contacto Proveedor		Tipo de Proveedor
Teléfono	Fax	Dirección de E-Mail
Información del Asegurador o HMO		
Nombre		Teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip-Code
Información Requerida para Proceso de Querella		
Fecha de recibida la reclamación por parte del Asegurador u HMO:		
Fecha de radicación al Comité de Querellas :		
Fecha de determinación del Comité de Querellas:		
Copia del Modelo de Reclamación sometido al Asegurador (1500, 1450 ó J532):		
Historial de Eventos		
En forma ascendente, provea información detallada de las gestiones realizadas ante el Asegurador u HMO para reconciliar el pago de esta reclamación. Demuestre el historial de eventos con el anejo de información fehaciente e identifique la documentación provista con su correspondiente número de exhibit.		

