



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Carta Circular Núm. I-2-4376-95
8 de marzo de 1995

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 1994.

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 6 de abril de 1995.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

2. En 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 fue presentada. 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. En 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 : _____
