



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,
FAVOR REFERIRSE A:

13 de junio del 2003

CARTA CIRCULAR NÚM. : C-E-6-1693-2003

A TODOS LOS ASEGURADORES DEL PAIS Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS A SUSCRIBIR SEGUROS DE SALUD EN PUERTO RICO

Asunto: Información sobre niños y niñas de 0 a 14 Años hospitalizados por Lesiones no Intencionales y no Fatales y de niños y niñas de 8 a 9 años que recibieron Tratamiento de Sellantes Protectores durante el año 2002.

Estimados señoras y señores:

El Departamento de Salud de Puerto Rico está recopilando información sobre diferentes aspectos de la salud en niños y adolescentes cubiertos por un seguro de salud, incluyendo Reforma de salud. A tal efecto, ha solicitado la colaboración de la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante "la OCS", para obtener dicha información estadística de los aseguradores del país y organizaciones de servicios de salud, autorizados a suscribir seguros de salud en Puerto Rico.

A tenor con lo anterior, solicitamos que se nos provea la siguiente información:

- (1) Formulario 2.101 - Hospitalizaciones por lesiones no intencionales y no fatales (Código ICD-9: 800 al 897) en:
 - (i) Número de niños y niñas entre las edades de **0 a 14 años**;
 - (ii) Número de admisiones cubiertas.

- (2) Formulario 2.102 - Hospitalizaciones por lesiones no intencionales y no fatales (Código ICD-9: 900 al 999) en:
 - (i) Número de niños y niñas entre las edades de **0 a 14 años**;
 - (ii) Número de admisiones cubiertas.

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

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

www.ocs.gobierno.pr

(3) Formulario 2.103 - Hospitalizaciones por lesiones no intencionales y no fatales (Código ICD-9: E800 al E949, ICD-10: V01 al X59) en:

- (i) **Número de niños y niñas** entre las edades de **0 a 14 años**;
- (ii) **Número de admisiones** cubiertas.

(4) Formulario 2.104 - Tratamientos de sellantes protectores en uno o más molares permanentes (Código CDT-3: procedimiento D-1351) en:

- (i) **Número de niños y niñas** entre los **8 y 9 años**;
- (ii) **Número de tratamientos** cubiertos.

Se requiere que todos los aseguradores y organizaciones de servicios de salud aquí notificados sometan a esta Oficina, **no más tarde del 23 de junio de 2003**, los formularios antes mencionados en formato impreso y en el "diskette" que se incluye con esta Carta Circular (3 ½" floppy disk).

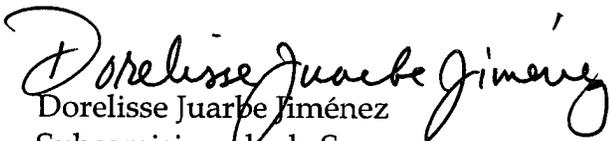
Para completar los formularios en formato electrónico se deberán seguir las siguientes instrucciones:

1. Utilizar el "diskette" que se **incluye con esta Carta Circular** y abrir los archivos Formulario 2.101 al Formulario 2.104;
2. Completar los formularios y grabar los datos en el "diskette";
3. Verificar que se incluyeron los formularios en "diskette", junto con los formularios en formato impreso, en un sólo paquete, y enviarlo no más tarde de la fecha límite.

De tener alguna pregunta referente al anterior requerimiento, favor de comunicarse con la Srta. Xiomara A. Rodríguez, Estadístico Principal de la División de Estadística de esta Oficina, al 787-722-8686, extensión 2249 ó 2281.

Requerimos el cumplimiento estricto de las disposiciones de esta Carta Circular. El incumplimiento con las mismas conllevará la imposición de sanciones.

Cordialmente,


Dorelisse Juarbe Jiménez
Subcomisionada de Seguros

Anejos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Anejo 1

FORMULARIO 2.101 : NÚMERO DE NIÑOS(A)S ENTRE LAS EDADES DE 0 A 14 AÑOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS DEBIDO A UNA LESIÓN NO INTENCIONAL Y NO FATAL (CODIGOS ICD9: 800-897) Y NÚMERO DE ADMISIONES CUBIERTAS POR DICHO CONCEPTO EN PUERTO RICO, DESDE EL 1DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2002

NAIC COMPANY CODE:

NOMBRE:

Edades	Número de Niños(as) Hospitalizados				Número de Admisiones Cubiertas			
	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total
0 a 14 Años								

* Código asignado por la National Association of Insurance Commissioner (NAIC). Ver listado incluido en Worksheet NAIC_Codes

** Incluye seguros de salud de grupos privados y pagos directos (excluye aseguradores extranjeros).

*** Incluye seguros de salud de grupos de empleados de gobierno (excluyendo Reforma de Salud)

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo Electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO 2.102: NÚMERO DE NIÑOS(A) ENTRE LAS EDADES DE 0 A 14 AÑOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS DEBIDO A UNA LESIÓN NO INTENCIONAL Y NO FATAL (CODIGOS ICD9: 900-999) Y NÚMERO DE ADMISIONES CUBIERTAS POR DICHO CONCEPTO EN PUERTO RICO, DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2002

NAIC COMPANY CODE:

NOMBRE:

Edades	Número de Niños(as) Hospitalizados				Número de Admisiones Cubiertas			
	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total
0 a 14 Años								

* Código asignado por la *National Association of Insurance Commissioner (NAIC)*. Ver listado incluido en *Worksheet NAIC_Codes*

** Incluye seguros de salud de grupos privados y pagos directos (excluye aseguradores extranjeros).

*** Incluye seguros de salud de grupos de empleados de gobierno (excluyendo Reforma de Salud)

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo Electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Anejo 3

FORMULARIO 2.103: NÚMERO DE NIÑOS(S) ENTRE LAS EDADES DE 0 A 14 AÑOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS DEBIDO A UNA LESIÓN NO INTENCIONAL Y NO FATAL (CODIGOS ICD9 : E800 al E949; ICD10: V01 AL X59) Y NÚMERO DE ADMISIONES CUBIERTAS POR DICHO CONCEPTO EN PUERTO RICO, DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2002

NAIC COMPANY CODE:

NOMBRE:

Edades	Número de Niños(as) Hospitalizados				Número de Admisiones Cubiertas			
	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total
0 a 14 Años								

* Código asignado por la *National Association of Insurance Commissioner (NAIC)*. Ver listado incluido en *Worksheet NAIC_Codes*

** Incluye seguros de salud de grupos privados y pagos directos (excluye aseguradores extranjeros).

*** Incluye seguros de salud de grupos de empleados de gobierno (excluyendo Reforma de Salud)

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo Electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Anejo 4

FORMULARIO 2.104: NÚMERO DE NIÑOS(A) ENTRE LAS EDADES DE 8 A 9 AÑOS QUE HAYAN RECIBIDO TRATAMIENTO DE SELLANTES PROTECTORES EN POR LO MENOS UN DIENTE MOLAR PERMANENTE (CDT-3: D1351) Y NÚMERO DE TRATAMIENTOS CUBIERTOS POR DICHO PROCEDIMIENTO EN PUERTO RICO DESDE EL 1 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2002

NAIC COMPANY CODE:

NOMBRE:

Edades	Número de Niños(as)				Número de Tratamientos Cubiertos			
	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Cubiertos por la Reforma	Total
8 a 9 Años				-				-

* Código asignado por la *National Association of Insurance Commissioner (NAIC)*. Ver listado incluido en *Worksheet NAIC_Codes*

** Incluye seguros de salud de grupos privados y pagos directos (excluye seguros extranjeros).

*** Incluye seguros de salud de grupos de empleados de gobierno (excluyendo Reforma de Salud)

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo Electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Fax

Fecha