



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

9 de octubre de 2014

CARTA CIRCULAR NÚMERO: CC-2014-1853-ES

A TODOS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD Y ASEGURADORES
AUTORIZADOS A SUSCRIBIR PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO

**ESTUDIO DE LA DIVISION DE MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD**

Estimados señoras y señores:

La División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud realiza, cada cinco años, un estudio de las necesidades de salud de la población a la que brinda servicios. A través del estudio de necesidades se pretende identificar, analizar y documentar las necesidades principales de una población y la capacidad del sistema de atender las mismas. Esta evaluación contribuye en el desarrollo de actividades salubristas encaminadas a lograr un estado de salud óptimo.

El Departamento de Salud ha recabado la colaboración de nuestra oficina para recopilar ciertos datos estadísticos necesarios para realizar este estudio. A estos fines, se requiere a todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores autorizados a suscribir planes médicos en Puerto Rico, que no más tarde del 24 de noviembre de 2014, presenten los Formularios **ESalud Form-1 al Form-12 revisión 10/14** para proveer la información necesaria. Los formularios deberán ser entregados electrónicamente (en un CD utilizando Microsoft Excel).

De tener alguna duda o pregunta referente al anterior requerimiento, favor de dirigir la misma a la Sra. Sugeil M. Díaz Serrano al siguiente correo electrónico: sdiaz@ocs.gobierno.pr.

Se requiere, por la presente, estricto cumplimiento con las disposiciones de esta Carta Circular.

Cordialmente,


Angela Weyne-Roig
Comisionada de Seguros

Anejos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO - 1 NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD
EN PUERTO RICO PARA LOS AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

Año	MUJERES EMBARAZADAS
2012	
2013	

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO - 2 NÚMERO DE ASEGURADORES DE ENTRE LAS EDADES DE 1 A 49 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS, QUE RECIBIERON SERVICIO DENTALES POR ALGUN PROBLEMA EN LOS DIENTES Y LAS ENCIAS BAJO UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013 (Favor de ver códigos HCPC incluidos mas adelante)

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

Año	Edades	Sexo	Servicios Dentales
2012	1-9 años	Femenino	
		Masculino	
	10-19 años	Femenino	
		Masculino	
	20-49 años	Femenino	
		Masculino	
	Subtotal	Femenino	-
		Masculino	-
2013	1-9 años	Femenino	
		Masculino	
	10-19 años	Femenino	
		Masculino	
	20-49 años	Femenino	
		Masculino	
	Subtotal	Femenino	-
		Masculino	-
Mujeres Embarazadas	2012		
	2013		

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Número de Fax

Fecha

- D3353 Apexification/recalcification- final visits (includes completed root canal therapy -apical closure/calcific repair perforations,root resorption,etc.)
- D3410 Apicoectomy/periradicular surgery -anterior
- D3421 Apicoectomy/periradicular surgery- bicuspid (first root)
- D3425 Apicoectomy/periradicular surgery- molar (first root)
- D3426 Apicoectomy/periradicular surgery- (each additional root)
- D3430 Retrograde filling- per root
- D3450 Root amputation -per root
- D3920 Hemisection (Including any Root Removal) Not Including Root Canal Therapy)

Periodontics

- D4210 Gingivectomy of gingivoplasty- four or more contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4211 Gingivectomy of gingivoplasty- one to three contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4240 Gingival flat procedure,including root planning- four or more contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4241 Gingival flat procedure, including root planning- one to three contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4245 Apically positioned flap
- D4249 Clinical crown lengthening- hard tissue
- D4260 Osseous surgery (including flap entry and closure)- four or more contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4261 Osseous surgery (including flap entry and closure)- one to three contiguous teeth or bounded teeth spaces per quadrant
- D4263 Bone replacement graft- first site in quadrant
- D4264 Bone replacement graft- each additional site in quadrant (use if performed on same date of service 04263)
- D4265 Biologic materials to aid in soft and osseous tissue regenerations
- D4266 Guided tissue regeneration- resorbable barrier,per site
- D4267 Guided tissue regeneration- nonresorbable barrier, per site (includes membrane removal)
- D4268 Surgical revision procedure, per tooth
- D4270 Pedicle soft tissue graft procedure
- D4271 Free soft tissue graft procedure (including donor site surgery)
- D4273 Subepithelial connective tissue graft procedures,per tooth
- D4274 Distal or proximal wedge procedure (when not performed in conjunction with surgical procedures in the same anatomical area)
- D4275 Soft tissue allograft
- D4276 Combined connective tissue and double pedicle graft,per tooth
- D4320 Provisional splinting-intracoronal
- D4321 Provisional splinting- extracoronal
- D4341 Periodontal scaling and root planning- four or more teeth per quadrant
- D4342 Periodontal scaling and root planning- One to three teeth per quadrant
- D4910 Periodontal maintenance

Prosthodontics

- D5110 Complete denture- maxillary
- D5120 Complete denture- mandibular
- D5130 Immediate denture- maxillary
- D5140 Immediate denture- mandibular
- D5211 Maxillary partial denture- resin base (including any conventional clasps, rests and teeth)
- D5212 Mandibular partial denture- resin base (including any conventional clasps,rests and teeth)
- D5213 Maxillary partial denture- cast metal framework with resin denture basis (including any conventional clasps,rests and teeth)
- D5214 Mandibular partial denture- cast metal framework with resin dental basis (including any conventional clasps,rests and teeth)
- D5281 Removable unilateral partial denture- one piece cast metal (including clasps and teeth)
- D5410 Adjust complete denture- maxillary
- D5411 Adjust complete denture- mandibular
- D5421 Adjust partial denture- maxillary
- D5422 Adjust partial denture- mandibular
- D5510 Repair broken complete denture base
- D5520 Replace missing or broken teeth- complete denture (each tooth)
- D5610 Repair resin denture broken
- D5620 Repair cast framework
- D5630 Repair or replace broken clasp
- D5640 Replace broken teeth- per tooth
- D5650 Add tooth to existing partial denture
- D5660 Add clasps to existing partial denture
- D5670 Replace all teeth and acrylic on cast metal framework (maxillary)

D6611 Onlay- cast high noble metal,three or more surfaces
D6612 Onlay- cast predominantly base metal, two surfaces
D6613 Onlay- cast predominantly base metal, three or more surfaces
D6614 Onlay- cast noble metal, two surfaces
D6615 Onlay- cast noble metal, three or more surfaces
D6720 Crown- resin with high noble metal
D6721 Crown - resin with predominantly base metal
D6722 Crown- resin with noble metal
D6740 Crown- porcelain/ceramic
D6972 Prefabricated post and core in addition to fixed partial denture retainer
D6973 Core build up for retainer,including any pins
D6976 Each additional cast and post-same tooth
D6977 Each additional prefabricated post-same tooth
D6980 Fixed partial denture repair,by report
D6985 Pediatric partial denture,fixed
D7111 Extraction coronal remnants- deciduous tooth
D7140 Extraction, erupted tooth or exposed root (elevation and/or forceps removal)
D7210 Surgical removal of erupted tooth requiring elevation mucoperiosteal flap and removal of bone and/or section of tooth
D7220 Removal of impacted tooth- soft tissue
D7230 Removal of Impacted Tooth- Soft Tissue
D7240 Removal of Impacted Tooth- Partially Bony
D7241 Removal of Impacted Tooth- Completely Bony, with Unusual Surgical Complications
D7320 Removal of impacted tooth-partially bony
D7250 Surgical removal of residual tooth roots (cutting procedure)
D7261 Primary closure of a sinus perforation
D7270 Tooth reimplantation and/or stabilization of accidentally evulsed or displace tooth
D7272 Tooth transplantation (includes reimplantation from one site to another and splinting and/or Stabilization)
D7280 Surgical access of an unerupted tooth
D7285 biopsy of oral tissue- hard (bone, tooth)
D7286 Biopsy of oral tissue- soft
D7287 Exfoliative cytological sample collection
D7290 Surgical repositioning of teeth
D7291 Transseptal fibrotomy/supra cretal fibrotomy, by report
D7310 Alveoplasty in conjunction with extractions - per quadrant
D7320 Alveoplasty not in conjunction with extractions- per quadrant
D7350 ssue grafts,muscle reattachments,revision of soft tissue attachment...)
D7450 Removal of benign odontogenic cyst or tumor-lesion diameter up to 1.25 em
D7451 Removal of benign odontogenic cyst or tumor-lesion diameter greater than 1.25cm
D6750 Crown- porcelain fused to high noble metal
D7510 Incision and drainage of abscess- intraoral soft tissue
D7520 Incision and drainage of abscess -extraoral soft tissue
D7960 Frenulectomy (frenectomy or frenotomy) separate procedure
D7970 Excision of hyperplastic tissue- per arch
D7971 Excision of pericoronal gingival

Orthodontics

D8010 Limited orthodontic treatment of the primary definition
D8020 Limited orthodontic treatment of the transitional definition
D8030 Limited orthodontic treatment ofthe adolescent definition
D8040 Limited orthodontic treatment of the adult definition
D8050 Interceptive orthodontic treatment of the primary definition
D8060 Interceptive orthodontic treatment of the transitional definition
D8070 Comprehensive orthodontic treatment of the transitional definition
D8080 Comprehensive orthodontic treatment of the adolescent definition
D8090 Comprehensive orthodontic treatment of the adult definition
D8210 Removable appliance therapy
D8220 Fixed appliance therapy
D8660 Pre-orthodontic treatment visit
D8670 Periodic orthodontic treatment visit (as part of contact)
D8680 Orthodontic retention (removal of appliances, construction and placement of retainer(s))
D8690 Orthodontic treatment (alternative billing to a contract fee)
D8691 Repair of orthodontic appliance
D8692 Replacement of lost or broken retainer
D8999 Unspecified orthodontic procedure,by report



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO - 3 NÚMERO DE MUJERES DE 10 A 49 AÑOS BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD
EN PUERTO RICO QUE SE REALIZARON UNA MAMOGRAFÍA PARA LOS AÑO 2012 Y 2013 (ICD-9: 087.37;
CPT:76090-76092)

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

Año	Mamografías
2012	
2013	

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO-4 NÚMERO DE NIÑOS(AS) ENTRE LAS EDADES DE 0 A 19 AÑOS ATENDIDOS EN SALAS DE EMERGENCIA POR LESIÓN NO INTENCIONAL Y NO FATAL EN PUERTO RICO CONFORME A LOS CÓDIGOS (ICD 9: 800-999) EN EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

Número de Niños(as) atendidos en Salas de Emergencias por lesión				
Distribución por Edades	0 años	1-9 años	10-19 años	Totales
2012				-
2013				-

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organ

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO - 5 NÚMERO DE NIÑOS ENTRE LAS EDADES DE 1 A 9 AÑOS BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO ATENDIDOS POR UN ESPECIALISTA PARA LOS AÑO 2012 Y 2013
(CPT:99201 AL 99205, 99211 AL 99215)

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

NIÑOS ENTRE LAS EDADES DE 1 A 9 AÑOS ATENDIDOS POR UN ESPECIALISTA	
2012	
2013	

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO - 6 NÚMERO DE ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 10 A 19 AÑOS BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA LOS AÑO 2012 Y 2013 QUE HAYAN VISITADO A SU MÉDICO PARA UN ICD-9; V20.2, V70.0; CPT: 99393, 99394, 99395.

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

NÚMERO DE ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 10 A 19 AÑOS QUE HAYAN VISITADO A SU MEDICO PARA UN ICD-9; V20.2, V70.0; CPT: 99393, 99394, 99395.

2012

2013

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 7 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 7 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
M a s c u l i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 7 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

		2013			
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
F e m e n i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 7 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS DE SALUD MENTAL MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 8 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN HOSPITALIZACIONES MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 8 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN HOSPITALIZACIONES MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 8 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN HOSPITALIZACIONES MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
F e m e n i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1 a 9 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	10 a 19 años	10 a 19 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	20 a 49 años	20 a 49 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
Subtotal	Subtotal	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 8 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN HOSPITALIZACIONES MAS FRECUENTES EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 9 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNÓSTICOS EN VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS DE BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 9 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS DE BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1 a 9 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	10 a 19 años	10 a 19 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	20 a 49 años	20 a 49 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
Subtotal	Subtotal	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 9 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS DE BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
F e m e n i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 9 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS DE BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 10 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN VISITAS A OFICINA DE MEDICOS EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 10 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNÓSTICOS EN VISITAS A OFICINA DE MÉDICOS EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1 a 9 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	10 a 19 años	10 a 19 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	20 a 49 años	20 a 49 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
Subtotal	Subtotal	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 10 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIAS NOSTICOS EN VISITAS A OFICINA DE MEDICOS EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 10 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN VISITAS A OFICINA DE MEDICOS EN BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
M a s c u l i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1 a 9 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	10 a 19 años	10 a 19 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
	20 a 49 años	20 a 49 años	1		
			2		
			3		
			4		
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
Subtotal	Subtotal	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 11 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN SERVICIOS
AMBULATORIOS A BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y
2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
F e m e n i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**FORMULARIO: 11 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN SERVICIOS
AMBULATORIOS A BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y
2013**

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2012				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
M a s c u l i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMULARIO: 11 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN SERVICIOS
AMBULATORIOS A BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y
2013

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013					
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia	
F e m e n i n o	0 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	1 a 9 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	10 a 19 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
	20 a 49 años	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
Subtotal	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**FORMULARIO: 11 NÚMEROS TOTAL DE LOS PRIMEROS 10 DIASNOSTICOS EN SERVICIOS
AMBULATORIOS A BENEFICIARIOS DE UN SEGURO DE SALUD EN PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y
2013**

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

2013				
Sexo	Edad	Código ICD-9	Descripción del ICD-9	Frecuencia
M a s c u l i n o	0 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	1 a 9 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	10 a 19 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
	20 a 49 años	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
Subtotal	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Correo electrónico

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Teléfono

Posición

Número de Fax

Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**FORMULARIO: 12 NÚMEROS TOTAL DE VIDAS ASEGURADAS EN UN SEGURO DE SALUD EN
 PUERTO RICO PARA EL AÑO 2012 Y 2013**

Código NAIC: _____

Nombre del Asegurador: _____

Año	Edades	Sexo	VIDAS ASEGURADAS	
2 0 1 2	0 Años	Femenino		
		Masculino		
	1 a 9 Años	Femenino		
		Masculino		
	10 a 19 Años	Femenino		
		Masculino		
	20 a 49 Años	Femenino		
		Masculino		
	Subtotal	Femenino	-	
		Masculino	-	
	2 0 1 3	0 Años	Femenino	
			Masculino	
1 a 9 Años		Femenino		
		Masculino		
10 a 19 Años		Femenino		
		Masculino		
20 a 49 Años		Femenino		
		Masculino		
Subtotal		Femenino	-	
		Masculino	-	

Incluye seguros de salud privados, pagos directos, grupos, empleados de ELA y Mi Salud

 Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

 Correo electrónico

 Nombre del Firmante en Letra de Molde

 Teléfono

 Posición

 Número de Fax

 Fecha