

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Guaynabo, Puerto Rico

**UNIDAD DE PAGO PUNTUAL
INFORME DE QUERELLAS PARA EL AÑO ____**

*En virtud del Artículo 11 de la Regla Número LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, se requiere a **cada asegurador autorizado a ofrecer planes de cuidado de salud en Puerto Rico** y a toda **organización de servicios de salud**, el establecimiento de un procedimiento administrativo interno para la resolución de querellas que incluya la designación de un Comité de Querellas. Se requiere anualmente la radicación de un informe que refleje el movimiento de querellas durante el año precedente, venciendo al **30 de marzo**.*

(De no ser el espacio provisto suficiente para la contestación de algún apartado de este informe, favor utilizar el dorso de cada una de estas hojas e identificar adecuadamente la pregunta a la cual corresponde dicha contestación.)

Nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de autorización:

1. Describa el procedimiento del sistema de querellas para las reclamaciones de proveedores participantes que utiliza el Asegurador u Organización.

2. Con relación a las querellas recibidas durante el año comprendido en este informe indique:

- a) Número de querellas recibidas _____
- b) Número de querellas procesables _____
- c) Número de querellas desestimadas _____

3. Indique el número de querellas recibidas durante el año y el tiempo que tomó resolver cada una de las mismas, contado desde la fecha en que se presentó cada querella. Junto con el Informe deberá incluir, además, un listado, por separado, debidamente identificado, de los Proveedores que presentaron una querella, el cual deberá indicar: nombre, dirección y teléfono de los querellantes.

Tipo de Proveedor	Período de Tiempo				
	0-30	30-60	60-90	90-120	120 ó más
Médicos					
Especialistas					
Sub-Especialistas					
Dentistas					
Laboratorios					
Hospitales					
Farmacias					

4. Mencione los motivos fundamentales que ocasionaron las querellas y frecuencia (número) de cada una de ellas.

Motivos	Frecuencia				
	0-30	30-60	60-90	90-120	120 ó más
Falta de pago de Reclamación					
Pago sobre los cincuenta (50) días					
Ajustes y Falta de Pago de la Reclamación					
Denegación Errónea					
Falta de Pago luego de la Denegación					
Falta de Pago de Intereses					
Pago Tardío de Intereses					
Otros					

5. Con relación a cada uno de los miembros del Comité de Querellas indique:

Miembros del Comité de Querellas:

- a) Nombre: _____
- b) Dirección: _____

- c) Teléfono: _____
- d) Lugar de trabajo: _____
- e) Núm. Seguro Social: _____
- f) Tiempo que lleva en
La posición: _____

Miembros del Comité de Querellas:

- a) Nombre: _____
- b) Dirección: _____

- _____
- c) Teléfono: _____
 - d) Lugar de trabajo: _____
 - e) Núm. Seguro Social: _____
 - f) Tiempo que lleva en
La posición: _____

Miembros del Comité de Querellas:

- a) Nombre: _____
- b) Dirección: _____
- _____
- c) Teléfono: _____
- d) Lugar de trabajo: _____
- e) Núm. Seguro Social: _____
- f) Tiempo que lleva en
La posición: _____

Miembros del Comité de Querellas:

- a) Nombre: _____
- b) Dirección: _____
- _____
- c) Teléfono: _____
- d) Lugar de trabajo: _____
- e) Núm. Seguro Social: _____
- f) Tiempo que lleva en
La posición: _____

Miembros del Comité de Querellas:

- a) Nombre: _____
- b) Dirección: _____

- c) Teléfono: _____
- d) Lugar de trabajo: _____
- e) Núm. Seguro Social: _____
- f) Tiempo que lleva en
La posición: _____

6. Describa el procedimiento que se utilizó para elegir a los miembros del Comité de Querellas y defina el término establecido para la duración de su designación.

7. Indique el número de veces en que se reunió el Comité durante el año comprendido en este informe: _____.

Certificamos que la anterior información es correcta y describe fielmente el movimiento de querellas que ha tenido el Segurador u Organización durante el año para el cual se rinde este informe.

Nombre del presidente del Comité de Querellas

Firma

Fecha

Nombre del presidente del Asegurador u Organización

Firma

Fecha

Nombre del secretario del Asegurador u Organización

Firma

Fecha