



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. 8503**

Una vez recibida la solicitud:

- ❖ Acusaremos recibo de la misma. En dicha comunicación le provereemos 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. | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Antes de iniciar una solicitud de intervención para el pago puntual de una reclamación, por favor asegúrese o tenga en cuenta lo siguiente:

- ❖ Tiene que haber radicado la querrela ante el Comité de Querellas del Asegurador u Organización de Servicios de Salud y transcurrido un término de 30 días calendario, a partir de dicha radicación.

De forma que la OCS pueda atender su solicitud, es necesario que:

- ❖ Someta copia de las formas 1500, 1450 o J512 por cada solicitud de intervención.
- ❖ Sólo un formulario por paciente o grupo familiar debe ser sometido.
- ❖ Copia del contrato entre las partes.

| Describa en forma breve y concisa su controversia | | |
|---|--------------------------|-------|
| | | |
| Declaro que la información que antecede es correcta y que he agotado todos los remedios disponibles para obtener el pago puntual de la reclamación que aquí someto, por lo cual presento la siguiente solicitud al amparo del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico y de la Regla 73 del reglamento de mismo Código, para que la OCS intervenga en la presente controversia. | | |
| Firma | Nombre en Letra de Molde | Fecha |