



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,
FAVOR REFERIRSE A:

17 de junio de 2002

CARTA CIRCULAR NÚM.: ES-06-1654-2002

**A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
AUTORIZADAS EN PUERTO RICO**

Asunto: Información sobre niños y niñas de 0 a 14 Años que fueron atendidos en hospitales, salas de emergencias y por médicos por asma bronquial, y que estaban cubiertos por un plan de cuidado de salud, al 31 de diciembre de 2001

Estimados Señoras y Señores:

En atención a un requerimiento del Departamento de Salud Federal, el Departamento de Salud de Puerto Rico está recopilando información sobre el número de casos de asma bronquial (Código ICD9: 493.00 al 493.99), en niños entre 0 a 14 años, beneficiarios de un plan de cuidado de salud (**excluyendo Reforma de Salud**), que fueron atendidos en hospitales, salas de emergencia y por médicos en Puerto Rico al 31 de diciembre de 2001. A tal efecto, el Departamento de Salud de Puerto Rico ha solicitado la colaboración de esta Oficina para obtener dicha información estadística de las organizaciones de servicios de salud autorizadas en Puerto Rico.

En armonía con lo anterior, estamos requiriendo a dichas entidades que sometan a esta Oficina la información solicitada no más tarde del **25 de junio de 2002**, utilizando el formulario provisto para ello.

Se requiere que sometan a esta Oficina el Formulario 1.102 que se incluye con esta Carta Circular en formato impreso y electrónico (3 ½" "floppy disk"). Para someter el formulario en formato electrónico se deberán seguir las siguientes instrucciones:

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

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

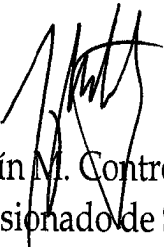
www.ocs.gobierno.pr

1. Utilizar el "diskette" que se **incluye con esta Circular** y abrir el Formulario 1.102;
2. Completar dicho Formulario y grabar los datos entrados en el "diskette" provisto para ello;
3. Verificar que se incluyó el Formulario en "diskette", junto con el Formulario en formato impreso, en un solo paquete de envío; y
4. Someter a esta Oficina tanto el Formulario en formato impreso como electrónico en o antes de la fecha límite.

De tener alguna duda o pregunta referente al anterior requerimiento, favor de comunicarse con la Srta. Xiomara A. Rodríguez, Estadístico Principal de la División de Estadísticas de esta Oficina, al 787-722-8686, extensión 2238 ó 2218.

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

Cordialmente,



Fermín M. Contreras Gómez
Comisionado de Seguros

Anejo



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

FORMA 1.102: NÚMERO DE CASOS DE ASMA BRONQUIAL (CÓDIGOS ICD9: 493.00 AL 493.99) EN NIÑOS(AS) ENTRE 0 A 14 AÑOS, BENEFICIARIOS DE UN PLAN DE CUIDADO DE SALUD, QUE FUERON ATENDIDOS EN HOSPITALES, SALAS DE EMERGENCIA Y POR MEDICOS EN PUERTO RICO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001
(No incluye asegurados bajo la Reforma de Salud)

CÓDIGO COMPAÑÍA:

NOMBRE COMPAÑÍA:

Edades	Niños(as) Atendidos en Hospitales			Niños(as) Atendidos en Salas de Emergencias			Niños(as) Atendidos por Médicos			Total		
	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Total	Cubiertos por Seguros Privados**	Cubiertos por Seguros de Empleados de Gobierno***	Total
Menos de 1 Año												
1 Año												
2 Años												
3 Años												
4 Años												
5 Años												
6 Años												
7 Años												
8 Años												
9 Años												
10 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
*** Incluye seguros de salud de grupos de empleados de gobierno (excluyendo Reforma de Salud)

Firma del Representante del Asegurador o de la Organización

Nombre del Firmante en Letra de Molde

Posición

Fecha