



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

### Oficina del Comisionado de Seguros

#### **Antes de Radicar una Solicitud de Intervención Lea la Siguiete Información**

**Antes de radicar una Solicitud de Intervención para el Pago Puntual de una reclamación, por favor asegúrese o tenga en cuenta lo siguiente:** tiene que haber radicado una 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.

#### **Cómo Radicar una Solicitud de Intervención:**

- ❖ Por cada Asegurador u Organización de Servicios de Salud, complete una forma OCS-SIPP-001.
- ❖ Acompañe copia de la forma 1500, 1450 ó J515 de cada reclamación en controversia (**por paciente**), por la cual reclama nuestra intervención.
- ❖ 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  
361 Calle Calaf  
PO Box 195415  
San Juan, Puerto Rico 00919**

**También nos puede visitar en nuestras oficinas ubicadas en el:**

**Edificio World Plaza -Piso 9  
Avenida Muñoz Rivera Núm. 268  
San Juan, Puerto Rico 00918**

**Línea de Teléfono Disponible:**

**787-304-8686  
exts. 2410, 2400**

**Una vez recibida la Solicitud:**

- ❖ Acusaremos recibo de la misma. En dicha comunicación le proveeremos el número de solicitud asignado.
- ❖ Le será enviada copia de la carta con requerimiento de información, emitida por esta Oficina al Asegurador u Organización de Servicios de Salud, relacionada con su Solicitud.
- ❖ La Solicitud será evaluada conforme a la información provista por el Proveedor Participante. Mayor información pudiera ser requerida durante la evaluación.
- ❖ Una vez concluida la investigación, usted recibirá una carta con los hallazgos, así como copia de cualquier Orden por incumplimiento, contra el Asegurador u Organización de Servicios de Salud o desestimación, según sea el caso.



GOBIERNO 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 Postal		
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 en la Solicitud de Intervención		
Evidencia de la fecha de recibida la reclamación por primera vez, por parte del Asegurador u HMO.		
Evidencia de la fecha de la denegación u objeción de pago (incluir explicación de pagos y códigos de denegación) o comunicación escrita.		
Evidencia de la fecha de pago de la reclamación (incluir explicación de pagos y copia del cheque).		
Evidencia de pago de los intereses legales (incluir explicación de pagos y copia del cheque).		
Copia de la radicación de la querella, al Comité de Querellas del Asegurador u HMO.		
Copia de la determinación del Comité de Querellas.		
De ser necesario, puede incluir un detalle de todas las reclamaciones en controversia.		



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
Oficina del Comisionado de Seguros

**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 Núm. LXXIII del Reglamento del Código, para que la OCS intervenga en la presente controversia.

Firma

Nombre en Letra de Molde

Fecha