

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 1 de 40

I. OBJETIVO

Establecer el procedimiento integral de atención de reclamos y quejas en base a los lineamientos normativos definidos por la Resolución de Superintendencia N° 160-2011 SUNASA/CD.

II. FINALIDAD

Resolver con oportunidad, veracidad y transparencia, las controversias producto de las quejas y reclamos que interpongan los beneficiarios, promoviendo soluciones consensuadas entre la IAFAS, las IPRESS y el o los beneficiarios, en estricta sujeción al plan de salud y/o los contratos prestacionales que suscriban, promover soluciones oportunas y directas, ante la insatisfacción del usuario con la prestación del servicio de salud o la cobertura brindada por SEMEFA o IPRESS, de acuerdo a lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito.

III. ALCANCE

El presente Manual tiene por alcances poner a disposición del cien por ciento de los beneficiarios de SEMEFA y de las IPRESS, las normas y procedimientos de interposición de quejas y reclamos, los procedimientos para su investigación y la forma de resolución de la queja o reclamo.

- III.1. Definir las etapas dentro del proceso de atención de reclamos así como sus responsables, procedimientos y controles.
- III.2. Definir los canales de atención y medios de comunicación disponibles para la presentación de un reclamo.
- III.3. Definir los lineamientos para la elaboración de las cartas de respuesta a los reclamos presentados así como sus plazos internos de atención.
- III.4. Definir controles para garantizar la implementación de medidas correctivas.
- III.5. Definir el procedimiento de atención de requerimientos de información provenientes de la SUNASA.

IV. ACRONIMOS Y DEFINICIONES

IV.1. Acrónimos:

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CECONAR	Centro de conciliación y Arbitraje de la SUNASA
IACPA	Intendencia de atención a la Ciudadanía y Protección del Asegurado
IAFAS	Instituciones Administradoras de fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de servicios de Salud

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 2 de 40

ISIAFAS Intendencia de supervisión de Instituciones Administradoras de fondos de Aseguramiento en Salud

ISIPRESS Intendencia de supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

SEMEFA Servicio Médico Familiar

SUNASA Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

IV.2. Definiciones:

- **Expediente de Reclamo:** Conjunto de actuaciones que sustentan las etapas del procedimiento de atención del reclamo:
 - a) Admisión y registro.
 - b) Investigación sumaria
 - c) Resultado de la investigación del reclamo
 - d) Decisión adoptada en relación con el reclamo.
 - e) Notificación del resultado.

El expediente de reclamo, deberá de ser identificado por el Código de Registro de Reclamo.

El expediente será conservado por un periodo de dos (02) años posteriores a la notificación de la resolución del reclamo. Durante este lapso la SUNASA podrá requerir, para efectos de supervisión copia del mencionado expediente, debiendo ser remitido por SEMEFA en el plazo de tres (03) días hábiles siguientes a su notificación, más el término de la distancia cuando corresponda.

- **Ficha de reclamo en salud:** Es el documento de naturaleza física o virtual provisto por las IAFAS o IPRESS según formato estandarizado del Anexo 01 del presente manual, en el cual el reclamante podrá registrar sus reclamos. Deberá ser puesta en lugar visible y a disposición de los usuarios, en los respectivos establecimientos, así como en medio virtual cuando corresponda. El formato utilizado deberá tener las siguientes características:
 - **Emisión autocopiativa**, una copia debe ser conservada por el SEMEFA y la otra debe ser entregada al reclamante.
 - **Correlatividad en la emisión**, cada punto de registro tendrá un código de canal asignado a fin de que la emisión de sus fichas de reclamación siga un correlativo individual.
- **Informe de Resultado de la Investigación:** Documento en el que se consignará la exposición de las diligencias efectuadas para la dilucidación de los hechos referidos en el reclamo, su análisis y adecuación a la normatividad y la decisión adoptada en relación con el reclamo debidamente motivado con los fundamentos de hecho y derecho que sustenten la decisión de declarar fundado, infundado o improcedente, según corresponda.
- **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud:** Son instituciones o empresas públicas, privados o mixtas, creadas o por crearse como

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 3 de 40

personas jurídicas que tienen como objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud incluidas en los planes de aseguramiento en salud.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud. Están obligadas a registrarse en la SUNASA.
- **Queja Tuitiva:** Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a la SUNASA en Instancia de queja, ante la negativa de las IAFAS o IPRESS en la atención de su reclamo o cuando considera que existen irregularidades en su tramitación, o ante su disconformidad con el resultado del reclamo. En ningún caso la Queja Tuitiva da lugar a indemnización por los daños o perjuicios que hayan podido causar la IAFAS o IPRESS, quedando a salvo el derecho del usuario de acudir a los medios alternativos de solución de controversias que brinda el centro de conciliación y Arbitraje de la SUNASA, o a la vía judicial, cuando corresponda.
- **Reclamante:** Es toda persona vinculada a la IAFAS con una relación jurídica contractual, beneficiarios de una póliza y terceros afectados por alguno de nuestros servicios o productos. Cabe recalcar que el reclamante debe dirigir su reclamo directamente al SEMEFA, o indirectamente a través de un familiar acreditado o de un representante legal. El representante legal debe ser una persona natural.
- **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a una IAFAS o IPRESS, cuando considera que existe incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud o en su cobertura, de acuerdo con lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, a fin de buscar una solución directa. La respuesta al reclamo de un usuario debe ser solucionado en forma satisfactoria, oportuna y directa.
- **Reporte Mensual de Reclamos a SUNASA:** La información detallada corresponderá a los reclamos nuevos y los casos solucionados en el mes informado (ver anexo 03).
- **Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud:** Organismo público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de salud, constituye para efectos del presente Manual, Instancia de queja acorde con lo dispuesto en el artículo 113º del reglamento de la Ley Marco de aseguramiento Universal en salud aprobado por Decreto supremo N° 008-2010-SA (ver anexo 02).
- **Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos:** Tabla de clasificación de los reclamos presentados en virtud a las garantías explícitas en salud de oportunidad, accesibilidad, protección financiera y calidad de la atención a que hace referencia la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- **Usuario:** Los profesionales médicos cirujanos y sus derechos habientes: padres, cónyuge, hijos. En el caso de los derecho habientes, su afiliación procederá a solicitud del colegiado titular.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 4 de 40

V. Principios:

V.1. Principio Pro Hominis: En caso de duda sobre el sentido de las normas, alcance de los planes o convenios de aseguramiento, el SEMEFA deberá resolver la duda en beneficio del usuario.

V.2. Principio de Transparencia: El SEMEFA y las IPRESS deben generar a los usuarios plena accesibilidad a la información sobre las coberturas o servicios que ofrecen. La información brindada debe ser sencilla, veraz, oportuna y apropiada conforme a las normas de la materia.

V.3. Principio de corrección de la asimetría: Las disposiciones del presente Manual se orientan a corregir las malas prácticas generadas por la asimetría informativa, así como la situación de desequilibrio entre proveedores y usuarios, en la contratación o en cualquier otra situación de desventaja.

V.4. Principio de primacía de la Realidad: En el procedimiento de atención de reclamos y quejas se considerarán las conductas, así como las situaciones y relaciones contractuales o económicas que efectivamente se realicen, persigan o establezcan.

VI. PLAZOS NORMATIVOS DE RESPUESTA A LOS RECLAMOS

Son los plazos determinados en el Anexo 02 del presente Manual.

Los plazos para la atención del reclamo podrán prorrogarse, cuando la complejidad del reclamo lo amerite (ver anexo 04), por un periodo de cinco (05) días hábiles adicionales. Los fundamentos que sustentan esta ampliación deben consignarse en el Informe de Resultado de Investigación. Se enviará una carta preliminar al reclamante sustentando la necesidad de este plazo adicional para la respuesta. Esta carta se debe enviar diez días antes del vencimiento normativo del reclamo.

VII. NORMATIVIDAD VINCULANTE

Para el SEMEFA, la normativa aplicable de atención de reclamos se encuentra establecida en la Resolución de la SUNASA N°160-2011 SUNASA/CD y Reglamento de SEMEFA en sus artículos pertinentes.

VIII. ADMISION Y REGISTRO DE RECLAMOS

El procedimiento de atención del reclamo se inicia con la presentación de la Ficha de Reclamo en Salud ante el SEMEFA (Anexo 01), de manera verbal o por escrito, dentro de los treinta (30) días hábiles de ocurridos o conocidos los hechos que lo motivan. En caso de impedimento material, dicho plazo empezará a computarse a partir de la superación del impedimento, debiendo sustentarse al momento de la presentación del reclamo.

Vencido este plazo es potestad del SEMEFA admitir a trámite el reclamo o rechazarlo liminarmente. En caso opte por su admisión, deberá sujetar su tramitación a las disposiciones contenidas en el presente Manual.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 5 de 40

Responsables: Todos los trabajadores del área de Atención al Público.

Horarios de Atención para la recepción de reclamos: Lunes a Viernes de 8:30 hrs. a 13:30 hrs. y de 14:30 hrs. a 17:30 hrs.

Medios de Comunicación utilizados para la presentación de un reclamo:

- Medios escritos: Cartas de reclamos, Ficha de reclamación en Salud, Libro de Reclamaciones.
- Medios orales: llamadas telefónicas.
- Medios electrónicos: correo electrónico.

Canales de Atención: Los canales de atención definidos para atender este tipo de solicitudes son:

- Plataformas presenciales de atención al público: Sólo en Lima.
- Central Telefónica de reclamos (2131400, Anexo 1604 - 1606), de lunes a Viernes de 8:30 hrs. a 13:30 hrs. y de 14:30 hrs. a 17:30 hrs.
- Vía correo electrónico (semefa_inf1@cmp.org.pe, semefa_inf2@cmp.org.pe).
- Área de Reclamos y Sugerencias (reclamos_semefa@cmp.org.pe).
- Libro de Reclamaciones del Colegio Médico del Perú.

Tipos de Atención:

Atenciones No Presenciales.- Cuando un reclamante manifiesta su deseo de registrar un reclamo o el representante de atención al cliente detecta que se encuentra frente a una situación de reclamo, se deberá consultar por los datos solicitados en la Ficha de reclamación a fin de extender una copia de la misma, la cual será enviada a la dirección electrónica del reclamante o en físico a su correo postal.

Vía Telefónica: Si el reclamante está de acuerdo con el registro, el representante de atención al cliente solicitará los siguientes datos:

- Área o Centro donde ocurre el reclamo.
- Nombres y apellidos completos.
- Tipo y número de documento de identificación.
- Fecha de nacimiento y sexo.
- Dirección o domicilio real, teléfono, E-mail.
- Fecha de ocurrencia del evento que genera el reclamo.
- Fecha de presentación del Reclamo.
- Fundamentos del reclamo.

El representante de atención al cliente deberá completar en la Ficha de reclamación (Anexo 01) con todos los datos solicitados y enviarla de forma obligatoria a la dirección de correo electrónico señalado por el reclamante. Asimismo deberá anexar al expediente del reclamo, copia de la Ficha de reclamación y el correo electrónico que demuestre el envío de la misma a través de este medio, con el correo de conformidad por parte del Reclamante. Los plazos de respuesta serán contabilizadas a partir de la recepción del correo de conformidad.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 6 de 40

Vía Correo Electrónico: El reclamante puede enviar su reclamo a través de las casillas electrónicas: semefa_inf1@cmp.org.pe, semefa_inf2@cmp.org.pe, reclamos_semefa@cmp.org.pe.

El representante de atención al cliente que recibe el reclamo por correo electrónico deberá completar en la Ficha de reclamación todos los datos solicitados de forma obligatoria (Ver Anexo 01) y enviar la misma al reclamante a la dirección de correo señalada. Asimismo, deberá anexarse al expediente copia de la ficha de reclamación y el correo electrónico que demuestre el envío de la misma a través de este medio.

En caso el reclamante no haya precisado algún dato relevante para la resolución de su caso, es responsabilidad del representante de atención al cliente comunicarse mediante este medio, a fin de recabar toda la información necesaria para la resolución del reclamo. Los plazos de respuesta serán contabilizados a partir de la fecha en que se completa la ficha de reclamación.

Comunicaciones Escritas: El reclamante puede dirigir comunicaciones escritas al área de Reclamos y Sugerencias a fin de hacer llegar su reclamo, el cual deberá seguir el mismo flujo de registro y atención detallados en la recepción de reclamos vía electrónica.

Atenciones Presenciales.- El reclamante puede presentar su reclamo a través de nuestra plataforma en Lima.

Cuando el reclamante manifieste su deseo de registrar un reclamo o el representante de atención al cliente detecta que se encuentra frente a una situación de reclamo, deberá facilitarle la Ficha de Reclamación. Este formato autocopiativo deberá ser llenado por el reclamante con su firma respectiva y una copia del mismo será entregada como constancia de presentación del reclamo.

El representante de atención al cliente deberá anexar al expediente del reclamo una copia de la ficha de reclamación.

El horario de atención de nuestra plataforma de atención es el siguiente:

Lunes a Viernes de 8:30 hrs. a 13:30 hrs. y de 14:30 hrs. a 17:30 hrs.

Libro de Reclamaciones.- El reclamante puede presentar su reclamo a través del Libro de Reclamaciones del Colegio Médico del Perú. Los reclamos ingresados por este medio serán derivados a la oficina del SEMEFA a través del área de Administración del Colegio Médico del Perú, de manera diaria. Sólo en estos casos se conservará el formato utilizado en el Libro de Reclamaciones.

El SEMEFA deberá asignar a cada reclamo un número correlativo proporcionándolo al usuario al momento de su presentación para el seguimiento respectivo. Este número correlativo corresponde al campo 14 del Formato del Reporte Mensual de Reclamos (ver anexo 03).

Cada reclamo deberá de contar con el Código de registro de Reclamos, cuya estructura considera en forma correlativa los siguientes campos de la Tabla de Reporte Mensual de reclamos (ver anexo 03).

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 7 de 40

- Campo 1: Código de SEMEFA como IAFAS.
- Campo 13: Fecha de presentación del Reclamo.
- Campo 14: Número correlativo de reclamo.
- Campo 15: Correlativo de causa específica.

En caso el reclamante no proporcione de manera adecuada la información mínima requerida (ver anexo 01), el reclamo se considerará como no presentado.

En ningún caso el SEMEFA podrá negar la admisión de un reclamo por no estar acompañado de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten.

La correcta clasificación del reclamo será responsabilidad del SEMEFA al momento de la recepción del mismo, para tal efecto deberá aplicar la Tabla de Clasificación de causas de Reclamos contenidas en el Anexo 02 del presente Manual.

En el caso que un reclamo sea presentado ante el SEMEFA y su competencia corresponda a una IPRESS, según la tabla de Clasificación de Reclamos (Anexo 02), el SEMEFA deberá de trasladarlo a la IPRESS correspondiente. Dicho traslado no deberá de exceder del plazo máximo de dos (02) días hábiles posteriores a la recepción, más el término de la distancia en los casos que corresponda, por lo medios que se tenga a disposición dejando constancia de este hecho, a partir de cuya recepción comenzará a correr el plazo de solución del reclamo.

El SEMEFA comunicará inmediatamente la ejecución de este procedimiento al reclamante y dará cuenta a la SUNASA en el Reporte Mensual de Reclamos.

En los casos que se presente más de un reclamo en los que coincidan: el sujeto del reclamo, el establecimiento, la causa específica y la fecha de la ocurrencia, el SEMEFA deberá de acumularlos en el expediente de mayor antigüedad, que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo, en la etapa en que se encuentre, comunicando de oficio dicha situación a los interesados. En caso el expediente de mayor antigüedad ya cuente con informe de resultado de reclamo debidamente notificado, se declarará la improcedencia liminar del nuevo reclamo, comunicando de oficio dicha situación a los interesados.

IX. ATENCIÓN DE RECLAMOS (INVESTIGACION SUMARIA)

Los reclamos registrados por los diferentes canales de atención son recibidos por los analistas del área de Reclamos y Sugerencias, jefaturada por el Director del SEMEFA a fin de proceder con su atención. Si se trata de un reclamo complejo se resolverá en el Comité Nacional del SEMEFA (ver Anexo 04, Criterios para la definición de Casos Complejos).

Todos los reclamos deberán cumplir con la investigación sumaria, en donde se efectuaran las diligencias necesarias para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción del usuario.

La duración de la investigación sumaria dependerá del grado de complejidad del reclamo. En ninguno de ellos será superior a lo indicado en el Anexo 02.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 8 de 40

Dependiendo de la necesidad o complejidad del caso, se podrán practicar las siguientes actuaciones:

- a. Recabo de pruebas documentales y/o testimoniales.
- b. Recabo de pericias y/o auditoria de caso.
- c. Audiencia de pruebas para la exhibición de documentos, declaración de testigos y/o presentación del informe de peritos o de la auditoria de caso.

El SEMEFA podrá citar al reclamante para que se ratifique en su reclamo, así como los testigos y/o peritos designados, para que presten su declaración o informe respectivo, cuando el caso lo amerite.

La negativa injustificada del reclamante o su representante de asistir a dicha citación, podrá ser tomada como elemento de juicio al momento de resolver, para cuyo efecto deberá documentarse el expediente de reclamo con las notificaciones y actas de reunión.

El SEMEFA podrá nombrar peritos de oficio o a pedido del usuario, cuando estime que la apreciación de los hechos requiere de conocimientos especiales para el mejor esclarecimiento de una o más materias controvertidas del reclamo. Los honorarios de los peritos, serán asumidos por el SEMEFA, o en forma solidaria con la IPRESS correspondiente, según corresponda.

Cualquier reclamo simulado o fraudulento, hará perder todo derecho, sin perjuicio de iniciar contra los responsables las acciones éticas y/o legales que correspondan.

Todos los reclamos contarán con un archivo físico y electrónico de los documentos que sustenten la investigación sumaria realizada para la atención de los reclamos.

X. RESULTADO DEL RECLAMO

Concluida la investigación sumaria, el SEMEFA elaborará un informe de resultado de reclamo en el que se consignará lo siguiente:

- a. Descripción de los hechos que sustentan el reclamo del usuario.
- b. Exposición de las diligencias efectuadas para la dilucidación de los hechos.
- c. Análisis de los hechos.
- d. Resultado del reclamo, donde se emitirá un pronunciamiento debidamente motivado respecto al reclamo presentado, declarándolo: fundado, infundado o improcedente, según corresponda.

Cuando un reclamo sea declarado fundado, deberá contener además:

- a. Acciones ejecutadas o que adoptará el SEMEFA para dar solución al reclamo.
- b. Medidas correctivas que se aplicarán con el propósito de mejorar los procesos.
- c. Mecanismo de devolución de pagos cuando corresponda.

Cuando un reclamo contenga más de una causa específica, el SEMEFA elaborará un solo informe de Resultado de Reclamo, dentro del plazo que corresponde a la causa de mayor complejidad, según la clasificación del Anexo 02. En dicho Informe se efectuará

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 9 de 40

un pronunciamiento sustentando por cada una de las causas materia del reclamo. Cuando las causas específicas sean pasibles de resolverse por separado, el SEMEFA podrá emitir informes de resultado Parcial respecto de alguna de ellas, debiendo cumplir con la forma señalada en los dos párrafos precedentes.

El informe de resultado de reclamo deberá de incluir como último párrafo en su parte resolutive lo siguiente:

“De no estar de acuerdo, en todo o en parte, con el presente Informe de resultado de Reclamo, el usuario puede acudir en Instancia de Queja ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUNASA, en el plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de su notificación, a fin que esta tome conocimiento de los hechos y disponga las investigaciones, medidas correctivas y/o sanciones aplicables a las IAFAS o IPRESS CUANDO CORRESPONDA. En ningún caso la queja Tuitiva declarará indemnización a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causarle la IAFAS o IPRESS, quedando a salvo su derecho de hacerlo valer a través de los medios alternativos de solución de controversias que brinda el Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA, o en la vía judicial cuando corresponda.”

Cuando un reclamo importe responsabilidad compartida entre el SEMEFA y la IPRESS, el SEMEFA será responsable de consolidar y emitir el Informe de Resultado de Reclamo acorde al procedimiento establecido, sin que ello implique exención de responsabilidad de la IPRESS.

Son causales de conclusión anticipada del reclamo:

- a. El desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o su representante legal, cuando corresponda, con o sin expresión de causa.
- b. Acuerdos adoptados como consecuencia de conciliación o Arbitraje.
- c. Transacción extrajudicial.

En cualquiera de estos casos, se debe consignar esta situación expresamente en el Informe de Resultado de Reclamo.

Los plazos máximos para la atención de los reclamos se determinan en el Anexo 02 del presente manual, y serán computados en días hábiles desde la fecha de recepción del reclamo por el SEMEFA hasta la fecha de envío del Resultado del reclamo al usuario.

Los plazos para la atención del reclamo podrán prorrogarse, cuando la complejidad del reclamo lo amerite, por un periodo de cinco (05) días hábiles adicionales. Los fundamentos que sustentan esta ampliación deben de consignarse en el Informe de Resultado de reclamo.

En los casos que la condición de salud del usuario lo requiera o cuando la poca complejidad del reclamo lo permita, el SEMEFA podrá disponer su inmediata solución.

XI. CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN Y ENVÍO DE LA CARTA DE RESPUESTA

El SEMEFA notificara al usuario por escrito, la decisión debidamente motivada que hubiere recaído en su reclamo, al domicilio consignado por éste en la Ficha de Reclamo en Salud, o a su dirección electrónica en caso de haberlo solicitado expresamente.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 10 de 40

XI.1. La cartas de respuesta a los reclamos son elaborados por los analistas de reclamos.

XI.2. Las cartas de respuesta deben contener como anexo el Informe de Resultado de Investigación.

XI.3. La redacción de la carta de respuesta deberá guardar las siguientes formalidades:

- ✓ **Tamaño del Papel:** A4.
- ✓ **Formato de Texto:** El formato del texto estándar será el siguiente:
 - Fuente: Arial
 - Estilo de Fuente: Normal
 - Tamaño de Fuente: 11
- ✓ **Formato de párrafo:**
 - La alineación del párrafo debe ser justificada.
 - Entre un párrafo y otro debe existir una línea en blanco (1 espacio).
 - Se dejarán 3 espacios entre la fecha de la carta y el nombre del reclamante; la misma distancia a conservar entre el distrito y la referencia de la carta y entre la referencia y el saludo inicial.
 - Se utiliza el interlineado sencillo.
- ✓ **Márgenes:**
 - Margen superior e izquierdo: 3 cm.
 - Margen inferior y derecho: 2.5 cm.

XI.4. La elaboración de las cartas seguirán la siguiente estructura de acuerdo al orden descrito:

Lugar y fecha: Debe contener el distrito y la fecha.

Ejemplo: Miraflores, 17 de Febrero de 2014

Nombre del destinatario: Debe contener el título y en la línea siguiente el nombre y apellido del reclamante.

Ejemplo: Señor

José Bustamante López

Domicilio real o domicilio procesal: Debe contener la dirección y en la línea siguiente el distrito subrayado.

Ejemplo: Av. Ricardo Angulo 1474 - Dpto. 403

San Isidro.-

Referencia: Debe contener el número de reclamo asignado subrayado.

Ejemplo: Referencia: Reclamo N° 30009/DD-MM-AA/0001

Saludo: Contiene el saludo estándar

De nuestra consideración:

Cuerpo de la carta: Contiene el texto en el cual se indica que se hace llegar la decisión adoptada en relación con el reclamo interpuesto, el Informe de Respuesta del reclamo, el mismo que debe guardar la siguiente estructura:

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 11 de 40

- ✓ Saludo: Se utilizan las siguientes frases de apertura: Nos dirigimos a usted para saludarlo cordialmente/sirva la presente para saludarlo cordialmente. Seguido de esto, hacemos referencia que se le está haciendo llegar el Informe de Respuesta del Reclamo.
- ✓ Frases de cierre e información de nuestros puntos de contacto.

Despedida: Contiene la despedida estándar

Sin otro particular, agradecemos la atención brindada a la presente.
Atentamente,

Firma: Nombre del remitente y en la siguiente línea su cargo dentro de SEMEFA. El firmante de la carta es el Jefe del Área de Reclamos y Sugerencias.

Ejemplo: Dr. Leoncio Díaz Díaz
Director del SEMEFA

Referidos: Contiene el nombre, empresa y dirección de las personas a quienes de ser necesario y a solicitud del reclamante, se está remitiendo una copia de la comunicación.

Ejemplo: CC: Carmen Astengo- Abogados Asociados (Av. 28 de Julio 233, Dpto. 302, Miraflores).

Adjuntos: Contiene la relación de documentos que se adjuntan a la comunicación. Ejemplo: Adj. Informe de respuesta de Reclamo

XI.5. Para el despacho de la carta se tomaran en cuenta las siguientes consideraciones:

- ✓ El cargo es copia fiel de la comunicación enviada al reclamante incluyendo los documentos adjuntos que se anexan a la misma.
- ✓ Las cartas de respuesta a los reclamos deben acreditar en los cargos de despacho los siguientes datos: nombres y apellidos de la persona que recibe la comunicación, el tipo y el número del documento de identidad, parentesco con el reclamante, firma y fecha de recepción de la comunicación.
- ✓ Se genera una lista con el detalle de las cartas entregadas a los proveedores que brindan el servicio de despacho a fin de llevar un control para la recepción de cargos y la facturación de sus servicios. Esta lista además servirá como cargo de entrega entre los analistas de reclamos y los proveedores que brindan el servicio de despacho.
- ✓ Toda notificación deberá efectuarse a más tardar dentro del plazo de cinco (05) días hábiles a partir de la expedición del acto que se notifique, dejando constancia de ello, sin perjuicio de aplicarse un plazo adicional en razón al término de la distancia, cuando corresponda.
- ✓ Los horarios de atención son los siguientes:
Courier: lunes a viernes de 8:30 hrs a 17:30 hrs.

XI.6. Para la recepción de cargos:

- ✓ Se ingresará la fecha de recepción del cargo en el listado de control de despacho.
- ✓ Se adjunta el cargo de recepción de la carta al reclamo al expediente.

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 12 de 40

XII. CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

Las medidas correctivas son definidas e implementadas por las áreas responsables a fin de superar el problema de origen que dio lugar al reclamo presentado.

El Analista de Calidad del Área de Reclamos, enviará de forma quincenal a las áreas involucradas la matriz de medidas correctivas a fin de confirmar su implementación evidenciada con el envío de los sustentos respectivos.

La matriz describirá la medida correctiva señalada y la fecha de implementación proyectada, a fin de confirmar la fecha de implementación real mediante el envío de los sustentos que evidencien esto.

Se adjunta modelo de la matriz de medidas correctivas.

Datos			Matriz de Medidas correctivas					
Nº de Reclamo	Responsable	Area Responsable	Descripción de la Medida correctiva	Sustento de la Medida correctiva	Fecha de implementación Proyectada	Fecha de implementación Real	Tiempo de Demora en la implementación	Estado

XIII. INFORMACION A REPORTAR

SEMEFA informará mensualmente a la SUNASA, el registro y estado de atención de los reclamos presentados. Para tal efecto se deberá de recabar de nuestras IPRESS vinculadas el registro mensual de reclamos presentados, según la estructura del Anexo 03 del presente Manual, en un plazo no mayor a cinco (05) días calendario de finalizado el periodo que se informa.

La información reportada corresponderá a los reclamos nuevos y los casos solucionados en el mes informado. Se consideran casos solucionados a los casos que cuenten con la constancia de notificación del Informe de Resultado de Reclamo al usuario o el reporte de rechazo de recepción. La información será enviada a la siguiente dirección electrónica: informacioneps@sunasa.gob.pe durante los quince (15) primeros días calendario del mes siguiente al periodo que se informa, mediante archivo plano (formato texto) que debe tener la estructura y cumplir con las normas de validación establecidas en el Anexo 03 del presente Manual.

En los casos que un mismo reclamo contenga más de una causa específica, cada una de ellas deberá ser clasificada y reportada en forma independiente a la SUNASA por parte de SEMEFA, debiendo conservar el Código de Registro de Reclamo, excepto el último dígito que identificará el número de causas que se originan de un mismo evento.

La SUNASA consolidará y publicará mensualmente en su web institucional el reporte de reclamos del AUS. SEMEFA deberá de socializar sus resultados con las IPRESS en convenio, usando el mismo formato utilizado para remisión de información a la SUNASA.

En el caso que un reclamo sea presentado a SEMEFA y su competencia corresponda a una IPRESS, según la Tabla de clasificación de Causas de Reclamos (Anexo 02), este

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 13 de 40

deberá de ser trasladado. Para este caso SEMEFA deberá de consignar, en el Reporte Mensual de reclamos (Anexo 03), la información del campo 1 hasta el campo 17 y la correspondiente al campo 25.

XIV. FLUJO DE ATENCION PARA REEMBOLSOS DE SALUD

Luego del análisis del reclamo efectuado por el área responsable se concluye, de ser procedente, la aprobación del reembolso solicitado por el cliente. Este proceso es coordinado con el área de Reembolsos a través del analista de reclamos a cargo del caso. A fin de proceder con la ejecución del reembolso, se solicitan los comprobantes de pago originales que sustenten el gasto efectuado. En caso el cliente no cuente con esta documentación o el monto del gasto exija la presentación obligatoria de factura a nombre de SEMEFA requerirá de la aprobación del Director del SEMEFA.

XV. QUEJA TUITIVA

La SUNASA es la entidad competente para conocer las insatisfacciones de los usuarios del Aseguramiento universal en Salud, procediendo ante la negativa de la IAFAS o IPRESS en la atención de los reclamos de los usuarios o cuando existan irregularidades en su tramitación, o ante la disconformidad de éstos con el resultado del reclamo.

Todo usuario del AUS tiene derecho a acceder a la Instancia de Queja ante la SUNASA, de manera directa o a través de su representante legal en caso de impedimento.

La queja tuitiva tiene por objeto imponer las medidas correctivas necesarias o la apertura de un procedimiento sancionador a las IAFAS o IPRESS responsables en caso de identificarse comportamientos que importen infracción a la normativa vigente, o pago de reembolsos cuando corresponda.

En ningún caso la queja tuitiva declara indemnización a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causarle la IAFAS o IPRESS generadora de la insatisfacción del usuario.

Para la debida atención de la queja tuitiva el usuario deberá de proporcionar a la SUNASA necesariamente copia de la Ficha de reclamo en Salud presentada a la IAFAS o IPRESS, e informe de Resultado de Reclamo, cuando corresponda, pudiendo acompañar la documentación adicional que estime pertinente.

Excepcionalmente, no será exigible la presentación de la Ficha de reclamo en salud, cuando la IAFAS o IPRESS se haya negado a su recepción. En dicho caso el usuario deberá ofrecer declaración jurada dando cuenta de tal hecho y proporcionar la siguiente información mínima:

- a.** Nombre de la IAFAS o IPRESS donde se genera la insatisfacción.
- b.** Datos generales del usuario: nombres y apellidos completos, dirección o domicilio real, tipo y número de documento de identificación del usuario.
- c.** Régimen del usuario reclamante: contributivo, semicontributivo, subsidiado, no asegurado.
- d.** Fecha de ocurrencia del reclamo.
- e.** Detalles del reclamo.
- f.** Vínculo laboral del reclamante (cuando corresponda).
- g.** Número correlativo de Reclamo (cuando haya sido proporcionado).

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 14 de 40

La queja tuitiva podrá ser interpuesta en cualquier momento ante la negativa de la IAFAS o IPRESS en la admisión del reclamo del usuario, o cuando existan irregularidades en su tramitación.

También podrá interponerse en caso el usuario se encuentre disconforme con el informe de resultado de reclamo, para cuyo efecto tendrá un plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados desde su notificación.

La interposición de la queja tuitiva no constituye vía previa para el acceso a los medios alternativos de solución de controversias que brinda el centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA, o a la vía judicial según corresponda.

La Queja tuitiva deberá ser dirigida a la IACPA, por medio de las vías (física, telefónica o electrónica) que ésta ponga a disposición, constituyendo el órgano de línea responsable de su trámite y atención al interior de la SUNASA, debiendo orientar al usuario respecto a los alcances de ésta y promoviendo el acceso a los medios alternativos de solución de controversias.

La IACPA podrá hacer de conocimiento de las ISIAFAS e ISIPRESS, los hechos que sustentan la Queja Tuitiva interpuesta, a fin de que determinen si existe incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud o en su cobertura, de acuerdo con lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, o si se hubo vulneración de las garantías explícitas en salud previstas en el AUS, en cuyo caso deberán proceder conforme a sus atribuciones.

El procedimiento de atención de la Queja Tuitiva en la SUNASA no podrá exceder de los treinta (30) días hábiles, debiendo la IACPA informar de su resultado, al usuario o su representante legal, dentro del plazo de cinco (05) días hábiles.

La activación del procedimiento de arbitraje ante el CECONAR determina la suspensión del trámite de la queja Tuitiva cuando dicha controversia sea idéntica o su solución resulte determinante para la imposición de medidas correctivas y/o apertura del procedimiento sancionador a una IAFAS o IPRESS.

La tramitación de la Queja Tuitiva concluye anticipadamente, cuando durante su tramitación las partes arriben a un acuerdo conciliatorio o se emita laudo arbitral, salvo en los casos en que se evidencie infracción a la normativa vigente pasible de sanción administrativa.

Las sanciones a las IAFAS o IPRESS que resulten responsables de las infracciones cometidas, serán aplicadas independientemente del derecho de repetición u obligaciones contractuales asumidas entre ellas. En todos los casos, las IAFAS asumen responsabilidad solidaria con las IPRESS frente a los usuarios por los planes de salud que oferta.

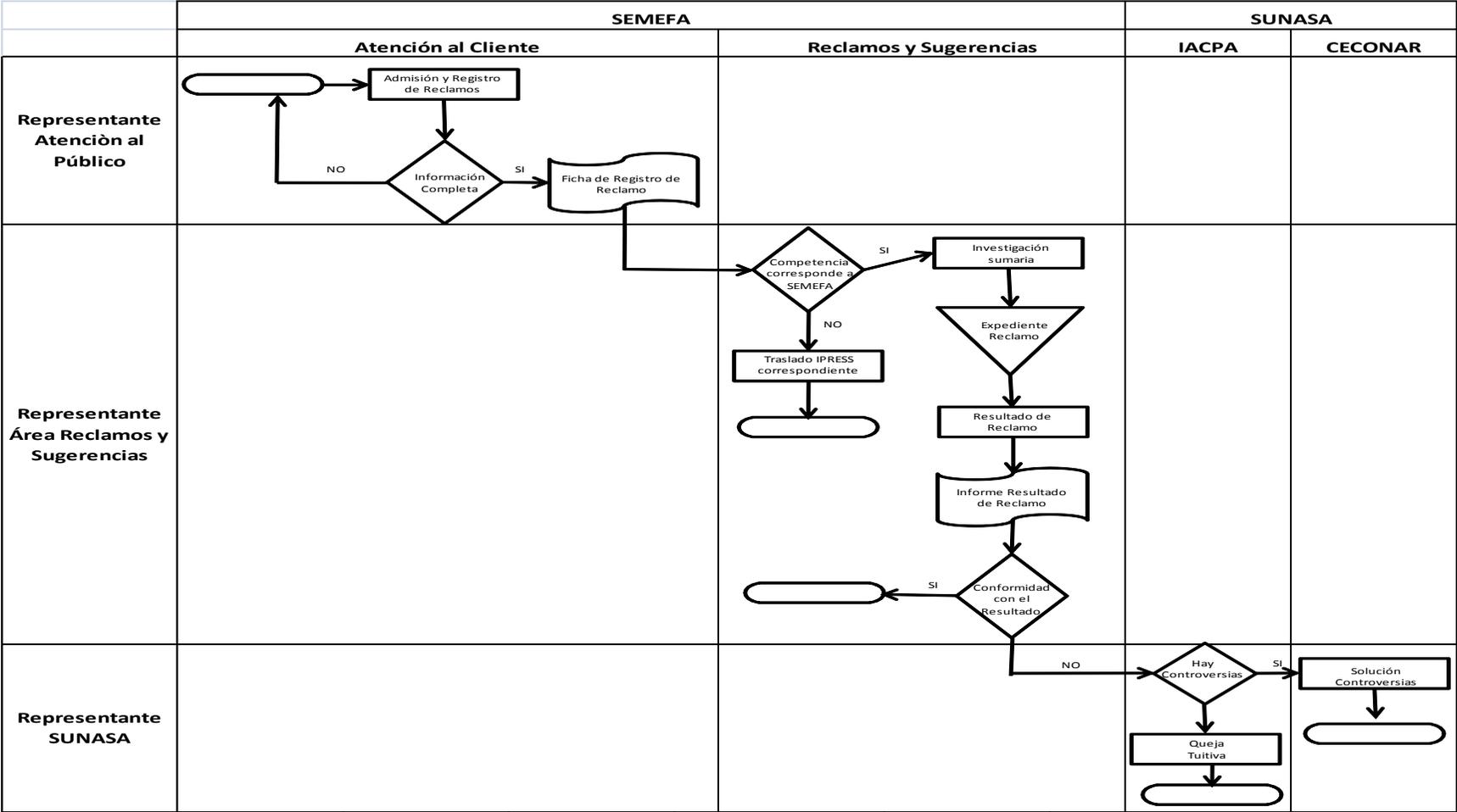
XVI. DOCUMENTOS RELACIONADOS AL MANUAL

CÓDIGO	NOMBRE
Resolución N° 5255-CN-CMP-2007	Reglamento Servicio Médico Familiar

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 15 de 40

	MANUAL			Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP-2014

XVII. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCION DEL RECLAMO, NUMEROS TELEFONICOS Y CORREOS DE ATENCION AL CLIENTE.



	MANUAL			Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014

XVIII. RESPONSABLES DEL FLUJO DE APROBACIÓN

Etapa	Área	Cargo	Nombre
Elaboración	Auditoria Médica - SEMEFA	Contralora en auditora Médica	Carmen María Gavidia Cillóniz
Revisión 1	Dirección SEMEFA	Director SEMEFA	Leoncio Díaz Díaz
Revisión 2	Dirección SEMEFA	Comité Nacional SEMEFA	Leoncio Díaz Díaz César Aristondo Barreto Pedro Mascaro Sánchez Jorge Medina Rubio Jorge Villena Piérola Enrique Sánchez Rengifo
Aprobación	Comité Ejecutivo Nacional	Decano Vice Decano Secretario del interior Secretario del Exterior Tesorero Vocal Vocal Vocal Vocal Accesitario Accesitario	Dr. César Alfredo Palomino Colina Dr. Jorge Armando Rubiños Del Pozo Dr. Carlos Luis Vela Barba Dr. Félix Juan Carlos Calderón Carpio Dr. Augusto Leonel Zamora Herrera Dra. Irma Victoria Arias Nieto Dr. Hernando Ismael Cevallos Flores Dra. Maruja Elizabeth Yupari Capcha Dr. Fernando Martín Fernández Quispe Dr. Pablo Joel Pino Lozano Dr. Piero Luis Mora Munares
Publicación	Prensa Sistemas	Jefe Jefe de sistemas	Enrique Torres Sol Sol Yhamil Laura Pascual.

	MANUAL			Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP-2014

**Anexo 01
Ficha de Reclamo en Salud**

	Código IPRESS/WCA <input type="text"/>	Número Consultas <input type="text"/>	
Ficha de Reclamo en Salud			

Área/Centro donde ocurre reclamo:

Datos Personales del Usuario Afectado

Apellido Paterno <input style="width: 100%;" type="text"/>	Apellido Materno <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombres <input style="width: 100%;" type="text"/>
Código SEMEFA <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Fecha de Nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Nombre y apellidos del Representante (cuando el reclamo es realizado por Familiares o Terceros) <input style="width: 100%;" type="text"/>

Documento de Identidad

<input type="checkbox"/> Documento Nacional de Identidad (DNI)	<input type="checkbox"/> Cartas de Extranjería	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Documento de Identidad Extranjero	<input type="checkbox"/> Código de Exención		N° <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	--	------------------------------------	--	---	--	--

Dirección

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Departamento	Provincia	Distrito
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Calle/Av. Unión	Urb./Coop./AA.VV.	Módulo
Lote/Interior		

Teléfono Fijo Teléfono Novil

Correo Electrónico

Datos a ser llenados por el personal de la IAFI-IPRESS Tipo de Aseguramiento del Usuario			
<input type="radio"/> Seguro de Salud	<input type="radio"/> Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo	<input type="radio"/> Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito	<input type="radio"/> No Asegurado
Tipo de Régimen (Solo si es seguro de Salud)	Vínculo (Solo si es seguro de Salud)		
<input type="radio"/> Contributivo <input type="radio"/> Semicontributivo <input type="radio"/> Subsidiado	<input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Derechohabiente <input type="radio"/> Seguro Independiente / Potestativo		
		RUC del Empleador <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Causas del Reclamo <input style="width: 100%;" type="text"/>		Código de Causa Específica <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código de IAFI que financió atención <input style="width: 100%;" type="text"/>		Código de IPRESS que brinda atención <input style="width: 100%;" type="text"/>	

	MANUAL				Código: MAN - 002	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: 21/08/2014 Resol CN N° 11384-CN-CMP- 2014	Páginas 19 de 40

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

Anexo 02
Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS						
Código	Denominación de causa de reclamo	Ítem	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
OPORTUNIDAD						
01	Demora en la entrega de formatos por la IAFAS	01	Demora en emisión de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda	Generado por falta de información en la solicitud emitida por el proveedor, por la complejidad del caso, por solicitud de informe ampliatorio de parte de la IAFAS cuando ha sido observada o porque no incluía en el presupuesto.	5	IAFAS
		02	De la Solicitud de Afiliación	Cuando la IAFAS no ha entregado oportunamente a la empresa o asegurado los formatos de afiliación.	5	IAFAS
		03	Demora en el proceso de afiliación al SIS	Cuando el personal del establecimiento de salud, encargado de afiliación al SIS, se encuentra ausente o demora el proceso.	5	IPRESS
		04	Demora en la entrega de formatos	Cuando la IAFAS no ha entregado oportunamente algún otro formato generando demora en la atención.	5	IAFAS
02	Demora en la entrega de formatos en la IPRESS	01	De Solicitud de la carta de garantía, cuando corresponda	Cuando la IPRESS no ha entregado oportunamente el formato de Solicitud al asegurado y se genera alguna demora que dificulta la atención.	5	IPRESS
		03	Demora en la entrega de la Hoja de referencia a un establecimiento de mayor complejidad u otra IPRESS	Cuando la IPRESS tiene problemas con entregar este documento que es necesario para que el asegurado reciba tratamiento en un establecimiento de mayor complejidad, generando demora en la atención.	5	IPRESS
		04	Demora en la entrega de otros formatos	Cuando la IPRESS tiene problemas con el abastecimiento de otros formatos generando demora en la atención. (Recetas, ordenes de laboratorio, formatos de SIS, etc.)	5	IPRESS
03	Demora en la prestación de	01	Demora en la atención de emergencia	Demora de la atención de una emergencia por demanda del servicio, por falta o demora del personal o insumos de emergencia.	5	IPRESS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

	servicios de salud	02	Demora en la atención de consultorio externo	Demora en la atención de consultorio externo por demanda del servicio, por falta o demora del personal o insumos de consultorio.	5	IPRESS
		03	Demora en la hospitalización	Demora en el ingreso a hospitalización demanda del servicio, por falta o demora del personal encargado e insumos.	5	IPRESS
		04	Demora en la realización de exámenes o intervenciones asistenciales	Demora en la realización de exámenes de laboratorio, exámenes diagnósticos, procedimientos o intervenciones asistenciales no quirúrgicos.	5	IPRESS
		05	Demora en la intervención quirúrgica	Cuando el asegurado considera que existió demora en la realización de una intervención quirúrgica.	5	IPRESS
		06	Demora en la referencia	Cuando el asegurado considera que existió demora en la referencia o traslado a otro centro o servicio asistencial.	5	IPRESS
ACCESIBILIDAD						
04	Deficiencia en la información brindada a través de la IAFAS	01	Por la plataforma de atención o central telefónica de la IAFAS.	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera, exclusiones o preexistencias, entre otros) en plataforma de atención o central telefónica de las IAFAS.	5	IAFAS
		02	Durante la difusión del sistema a AUS o del plan de salud.	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera, exclusiones o preexistencias, etc.) en el área comercial.	5	IAFAS
		03	El asegurado no recibió información de los beneficios, coberturas o exclusiones de su plan de salud.	El asegurado no recibió información por escrito sobre los beneficios, coberturas, carencias, espera o exclusiones de su plan de salud, al momento de su afiliación. En relación a estas últimas debe precisar las causales que corresponden a situaciones en las cuales el seguro no va operar o dejaría de aplicar, con la precisión que corresponde de acuerdo con las disposiciones que dicte la SUNASA.	5	IAFAS
		04	El asegurado no recibió información sobre el plazo de vigencia de su Plan de Salud.	La IAFAS no precisó la forma de contratación e inicio de cobertura, o no se entregó en forma virtual o física, un ejemplar del plan completo de seguro individual y específico, o el plan de cobertura, según corresponda.	5	IAFAS
		05	El asegurado no recibió información sobre las condiciones especiales de su Plan de Salud.	La IAFAS no precisó los requisitos o condiciones de asegurabilidad, restricciones o condiciones especiales de cobertura; plazos de carencias, deducibles y otras limitaciones de cobertura en el marco de las normas vigentes.	5	IAFAS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

		06	El asegurado no recibió información sobre el procedimiento de solicitud de la atención de salud.	La IAFAS no señaló los documentos y declaraciones que se requieran firmar y su importancia al momento de pretender una atención de salud, como por ejemplo declaraciones personales de salud y cuestionarios, conforme a las disposiciones que emanen de la SUNASA	5	IAFAS
		07	El asegurado no recibió información sobre primas, contribuciones y otros aspectos económicos.	El plan de salud no señala claramente la prima, contribución, cotización, aporte o precio a pagar, cuando corresponda, por el seguro contratado y su forma de pago, conforme a lo señalado por la SUNASA.	5	IAFAS
		08	Problemas relacionados al lenguaje.	La IAFAS no cumplió con brindar atención o información en lenguaje comprensible para el usuario.	5	IAFAS
		09	Otros relacionados con la información que brinda la IAFAS.	Otro tipo de información brindada por la IAFAS.	5	IAFAS
05	Deficiencia en la información brindada en la IPRESS	01	Por plataforma de atención IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera, exclusiones o preexistencias, entre otros) en plataforma de la IPRESS.	5	IPRESS
		02	Problemas relacionados al lenguaje.	La IPRESS no cumplió con brindar atención o información en lenguaje comprensible para el usuario.	5	IPRESS
		03	Por otras instancias de la IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, entre otros) en otras instancias de la IPRESS.	5	IPRESS
06	Acreditación del asegurado	01	Base de datos de movimiento de afiliación no actualizada por IAFAS.	Padrón de asegurados no actualizado, que dificulte el acceso a la atención de salud.	5	IAFAS
		02	Error en los datos de afiliación, cobertura y estado del asegurado en la IAFAS.	Error en los datos relacionados con las coberturas, exclusiones y preexistencias en el Plan de Salud del asegurado.	5	IAFAS
		03	Del DNI o del carnet de asegurado cuando corresponda.	Cuando la IAFAS no hay actualizado la información del DNI del usuario o no haya entregado oportunamente el carnet a la empresa o al asegurado y esto dificulte el acceso a la atención de salud.	5	IAFAS
		04	Rechazo de la referencia o de cambio de adscripción.	Cuando existe rechazo del formato de referencia, o de cambio de adscripción en el módulo de admisión de la IPRESS.	5	IAFAS
		05	Otras relacionadas con la acreditación del asegurado.	Error en otros datos del asegurado o demora en la actualización de los mismos.	5	IAFAS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

07	Dificultad de acceso a los servicios de atención al asegurado	01	Demora en la admisión del asegurado en la IPRESS o en los servicios de apoyo al diagnóstico.	Dificultad durante el proceso de admisión al asegurado en la IPRESS desde su acreditación hasta su ingreso al servicio de atención, por parte del personal no médico (administrativos, enfermería, personal técnico), entrega de resultados, citas para análisis o exámenes médicos.	5	IPRESS
		02	Demora en llegada de ambulancia o atención a domicilio	Demora en la llegada de la ambulancia, o del servicio ambulatorio solicitado. Aplicable tanto a la atención de consultas a domicilio o emergencia.	30	IAFAS / IPRESS
		03	Demora de atención del asegurado en la central telefónica.	Dificultad durante el proceso de atención telefónica al asegurado (no están cargadas las coberturas, información del asegurado no aparece en el sistema de la IAFAS o es incorrecta, entre otros)	5	IAFAS
		04	Demora en la atención al asegurado en la Plataforma de Atención.	Dificultad durante el proceso de atención al asegurado de parte del personal encargado de la Plataforma de la IAFAS o IPRESS.	5	IAFAS
		05	Incumplimiento de citas en la IPRESS	Casos en que el médico no cumplió con su horario o programación de cita o llegó con tardanza. Cuando citan a una hora y el médico deja esperando al paciente, entre otros.	5	IPRESS
		06	La IAFAS no cumple con el horario establecido.	Cuando la IAFAS no cumple con los horarios establecidos.	5	IAFAS
		07	La IPRESS no cumple con el horario establecido.	Cuando la IPRESS no cumple con los horarios establecidos.	5	IPRESS
		08	Oportunidad de referencia a otro establecimiento de salud o servicio.	Todo reclamo relacionado a una demora en el proceso de referencia a otra IPRESS.	30	IAFAS
		09	Asignación o cambio de médico tratante en la IPRESS sin consentimiento expreso del asegurado.	Cambio inconsulto del médico tratante, en la atención hospitalaria o ambulatoria.	30	IPRESS
		10	No disponibilidad de Servicios de Salud en lugar de residencia.	Generado cuando la IAFAS oferta o vende un servicio de salud en lugares donde no cuenta con un proveedor de salud.	5	IAFAS
		11	Relacionados al contrato entre la IAFAS y la IPRESS.	Cuando por alguna causa relacionada al contrato entre IAFAS e IPRESS se limiten las atenciones del asegurado, sin haber sido comunicada a éste.	5	IAFAS
		12	Otros relacionados con el acceso a los servicios.	Otras dificultades con el acceso a las prestaciones de salud definidas en el plan de salud.	5	IAFAS / IPRESS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

08	Problemas con el mecanismo de acreditación del asegurado	01	Error en emisión de cartas de garantía por la IAFAS, cuando corresponda.	Generado cuando la IAFAS ha consignado información errada en la carta de garantía o emitido por un monto inferior al solicitado por el proveedor.	5	IAFAS
		02	Negación de la carta de garantía por la IAFAS cuando corresponda.	Rechazo de la solicitud emitida por la IPRESS.	5	IAFAS
		03	Negociación de ampliación de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda.	Generado cuando la IAFAS desapruueba la ampliación (diversos motivos).	5	IAFAS
		04	Problemas en la comunicación de la emisión de la carta de garantía, cuando corresponda.	Generada por problemas en la comunicación oportuna de emisión de la carta de garantía.	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con disconformidad con las cartas de garantía, cuando corresponda.	Inconformidad con el proceso de emisión o aprobación de la carta de garantía y otros.	5	IAFAS
09	Latencia (relacionados a derechos y obligaciones del asegurado)	01	Demora en la emisión de carta de latencia.	Problemas relacionados a la emisión de la carta de latencia.	5	IAFAS
		02	No conformidad con la variación de coberturas en el plan de salud.	No conformidad con la modificación en las coberturas propias del periodo de latencia.	5	IAFAS
		03	No figuran los datos de afiliación en la base de datos de IAFAS.	Cuando los datos del asegurado en latencia no están registrados en la base de datos de la IAFAS.	5	IAFAS
		04	Otros relacionados con la latencia.	Problemas relacionados con el proceso de emisión o cobertura de latencia y otros relacionados con la latencia.	5	IAFAS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

EFICIENCIA Y PROTECCION FINANCIERA						
10	Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos	01	Por error de la IAFAS al momento de definir la cobertura.	Generado cuando la información brindada por la IAFAS a la IPRESS o al asegurado no guarda relación con los beneficios y las coberturas establecidas en el plan de salud.	5	IAFAS
		02	La IPRESS al prestar servicios no incluidos en el plan de salud.	Cuando la IPRESS presta servicios no contemplados en el Plan de salud, sin informar previamente al asegurado o su representante que estos no están cubiertos en el Plan.	5	IPRESS
		03	Por cobros no autorizados por servicios otorgados que superen los límites de la cobertura.	Cuando la IAFAS o IPRESS solicitan el pago o reembolso por los gastos en prestaciones de salud no autorizados por el asegurado o su representante; que excedan los límites de la cobertura contratada.	5	IAFAS / IPRESS
		04	Rechazo de atención en periodo de carencia.	Generado cuando se rechazan o no se reconocen como coberturado un gasto en prestación de salud para un asegurado en periodo de carencia.	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con gastos no cubiertos.	Generado cuando el asegurado no se encuentra conforme con los gastos que tiene que asumir al no estar cubiertos por su Plan de Salud.	5	IAFAS
11	Disconformidad con los cobros por la atención	01	Relativos a Copagos fijo (deducible) y variable (coaseguro).	El asegurado no está conforme en relación a los copagos cancelados en la IPRESS	5	IPRESS
		02	Carga de planes.	Cuando el Plan de Salud correcto no se encuentra cargado en el sistema.	5	IAFAS
		03	Cobertura.	Cuando las coberturas que figuran en la IPRESS son diferentes a las que figuran en su Plan de Salud.	5	IAFAS
		04	Cobros adicionales a las tarifas contractualmente pactadas.	Cuando la IPRESS presenta gastos adicionales no pactados por un procedimiento.	5	IPRESS
		05	Cobros en Emergencia.	Se genera cuando el médico tratante determina que el diagnóstico no se considera emergencia cubierta al 100% y se cobra por la atención.	5	IPRESS
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención.	Otros gastos no cubiertos.	5	IPRESS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

12	Disconformidad en el proceso de reembolso	01	Demora en pago de reembolso.	Por demora en los documentos que sustenten el trámite de reembolso, por casos complejos que requieren mayor verificación de información, por error en datos de solicitud de reembolso, etc.	5	IAFAS
		02	No está de acuerdo con el monto a reembolsar o reembolsado.	Cuando el reembolso es por un porcentaje diferente al que se indica en su Plan de Salud o diferente los gastos presentados por una atención.	5	IAFAS
		03	No está de acuerdo con rechazo de reembolso.	Cuando la IAFAS lo rechaza al no encontrar sustento según su Plan de Salud.	30	IAFAS
		04	El diagnóstico de reembolso es distinto al de la atención.	Cuando el diagnóstico presentado para el pago del Reembolso es distinto al diagnóstico consignado en la atención.	5	IAFAS
		05	Otros relacionados con el reembolso.	Cuando su Plan no contempla reembolso o no está conforme con el procedimiento.	30	IAFAS
13	Otros relacionados a la oportunidad, accesibilidad o protección financiera	01	En los casos que el reclamo, de orden administrativo, no corresponda a las causales señaladas.	Cualquier causa de reclamo administrativo que no esté considerado en los tipos de reclamos especificados.	30	IAFAS
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD						
14	Calidad de la atención de salud	01	Relacionado con la evaluación durante la consulta médica ambulatoria o en emergencia.	Cuando el asegurado refiere que el médico tratante no realizó una evaluación exhaustiva o suficiente en consulta ambulatoria o emergencia.	5	IPRESS
		02	Sobre la información del personal responsable de la atención.	Información errada o insuficiente sobre la identidad y la categoría ocupacional del personal asistencial que prestó el servicio.	5	IPRESS
		03	Sobre información de la prestación de salud.	Falta de información sobre la atención de salud relacionada a la enfermedad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento brindado y alternativas terapéuticas.	5	IPRESS
		05	Relacionado con el diagnóstico.	Cuando el asegurado está disconforme con los procedimientos y/o resultados del diagnósticos (Aplica para todas las atenciones, sea ambulatoria, emergencia, hospitalización u otro)	30	IPRESS
		06	Relacionado con la atención de consulta médica o emergencia a domicilio.	Cuando el asegurado no está conforme con la forma de atención o asistencia brindada por el personal asistencial en el domicilio.	5	IPRESS
		07	Relacionado con el tratamiento médico ambulatorio a domicilio o en emergencia.	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento recibido en emergencia, domicilio o en consulta externa, así como por posibles resultados adversos del tratamiento instaurado.	30	IPRESS



MANUAL				Código: MAN - 001	
MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS				Estado: Vigente	Versión: 1
Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa	Páginas 26 de 40

		08	Relacionado con la referencia o traslado.	La referencia o traslado del paciente a otro establecimiento o especialidad fue en forma inconsulta, arbitraria o de mala manera.	5	IPRESS
		09	Demora en la atención en el servicio de emergencia.	Demora de la atención de una emergencia, por ausencia, falta o demora del personal asistencial de emergencia.	5	IPRESS
		10	Relacionado con el tratamiento quirúrgico.	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento quirúrgico recibido.	30	IPRESS
		11	Relacionado con la Hospitalización.	Cuando el asegurado no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización.	5	IPRESS
		12	Relacionado con el examen o procedimiento auxiliar.	Cuando el asegurado no está conforme con los exámenes auxiliares realizados (ambulatorio, emergencia, hospitalización u otro)	5	IPRESS
		13	Relacionado con la información al paciente por el médico.	Cuando el asegurado refiere que la información alcanzada sobre el diagnóstico, opciones terapéuticas, la terapéutica farmacológico y no farmacológica, secuelas de enfermedad y efectos secundarios relacionados, ha sido insuficiente o inadecuada.	5	IPRESS
		14	Otros relacionados con la calidad de la atención.	Otras deficiencias no clasificadas relacionadas con la atención del personal médico y asistencial no médico.	30	IPRESS
15	Deficiencia en el orden y limpieza y bio-seguridad de la IPRESS	01	Indumentaria del personal asistencial.	Cuando el personal de las IPRESS no cumple con llevar la indumentaria o uniforme acorde a su categoría ocupacional.	5	IPRESS
		02	Ambientes.	Cuando los ambientes de la IPRESS no son apropiados para la atención médica por no cumplir con las medidas de bio-seguridad, falta de limpieza y orden.	5	IPRESS
		03	Equipos, instrumental bio-médico e insumos.	Cuando el paciente considera que los equipos, instrumentos o insumos, empleados en su atención no estuvieron adecuadamente limpios, o no cumplan con las medidas de bio-seguridad.	5	IPRESS
		04	Otros relacionados con la salubridad.	Cuando el paciente refiere que hay deficiencia de otras condiciones relacionadas a falta de limpieza o no cumplan con las medidas de bio-seguridad en el establecimiento.	30	IPRESS
16	Relativos a la infraestructura y el equipamiento	01	Infraestructura.	Cuando el asegurado refiere que la IPRESS no cuenta con la infraestructura mínima adecuada para la atención de los asegurados (ambientes de consultorio u otros según categoría de establecimiento)	5	IPRESS
		02	Equipamiento.	Cuando el asegurado refiere la ausencia de equipos o que se encuentran malogrados o deteriorados.	30	IPRESS
		03	Otros.	Cuando el asegurado refiere que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos.	30	IPRESS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

17	No conformidad con la prescripción, el suministro de medicamentos o insumos en la IPRESS	01	Cambio de medicamento.	Cuando se cambia de medicamento durante el tratamiento al asegurado o la farmacia le entrega un medicamento cuyo principio activo, según denominación internacional, sea diferente al prescrito por el médico tratante.	5	IPRESS
		02	Relacionado con la receta.	Cuando el asegurado refiere que la receta no cuenta con el nombre genérico del medicamento o insumo, dosis, vía de administración, presentación, tiempo de tratamiento y sello del médico o profesional de la salud tratante.	5	IPRESS
		03	Demora en la entrega de medicamentos e insumos	Cuando la IPRESS no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos o insumos.	5	IPRESS
		04	No conformidad con el medicamento indicado.	Cuando el asegurado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito.	30	IPRESS
		05	Falta de medicamento o insumos en la IPRESS.	Cuando el medicamento o insumo prescrito no se existe en la farmacia de la IPRESS.	5	IPRESS
		06	Error en la entrega de medicamento.	Cuando el asegurado recibe menos cantidad de medicinas, recibe medicinas que están vencidas o por vencer, etc.	5	IPRESS
		07	Negativa en la entrega de medicamentos e insumos.	Cuando el servicio de farmacia de la IPRESS niega injustificadamente la entrega del medicamento o insumo prescrito por el médico tratante.	5	IPRESS
		08	Medicamento no cubierto o excluido.	Cuando se prescribe inconsultamente medicamentos o insumos no cubiertos por la IAFAS o están excluidos de su Plan de Salud.	5	IPRESS
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos.	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos.	5	IPRESS
18	Disconformidad con el trato recibido	01	Discriminación al asegurado en los servicios de la IPRESS o la IAFAS.	Trato discriminatorio hacia personas en similares casos, por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad adquisitiva, discapacidad u otras.	5	IPRESS - IAFAS
		02	Descortesía en personal administrativo en la IPRESS.	Trato descortés u ofensivo por el personal administrativo de la IPRESS (admisión, caja u otros) que genera malestar al asegurado.	5	IPRESS
		03	Descortesía en personal administrativo en la IAFAS.	Trato descortés u ofensivo por el personal administrativo de la IAFAS que genera malestar al asegurado.	5	IAFAS
		04	Trabas a la comunicación del asegurado con sus familiares.	Limitaciones injustificadas de la comunicación del asegurado con sus familiares o allegados, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe y la disponibilidad familiar.	5	IPRESS
		05	Descortesía en el personal médico.	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el personal médico de la IPRESS (incluye médico y odontólogo) que genera malestar al asegurado.	5	IPRESS
		06	Descortesía en el personal asistencial no médico.	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el profesional de la salud no médico de la IPRESS que genera malestar al asegurado.	5	IPRESS

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

19	Confidencialidad y consentimiento informado	01	Violación a la confidencialidad de datos del usuario.	Difusión no autorizada a terceros no involucrados al tratamiento de datos personales o clínicos del asegurado.	5	IPRESS - IAFAS
		02	Falta de confidencialidad de la información sobre el asegurado.	No se guardó la reserva al acceso de la información clínica o personal del asegurado por parte de la IPRESS o IAFAS, salvo las excepciones de ley.	5	IPRESS - IAFAS
		03	Presencia de personal no autorizado en evaluación clínica.	Cuando el asegurado es evaluado por o en presencia de personal que no está involucrado con su tratamiento, sin su autorización.	5	IPRESS
		04	Atención de salud brindada en condiciones de exposición.	Cuando el asegurado recibe atención de salud en ambientes que lo exponen y/o vulneran su intimidad.	5	IPRESS
		05	Registro no consentido de imágenes personales.	Cuando el asegurado es filmado, fotografiado, grabado o entrevistado sin su consentimiento o el de su representante legal.	5	IPRESS
		06	Falta de consentimiento informado.	No se ha otorgado consentimiento informado respectivo para cualquier acción terapéutica conforme a la normativa vigente.	5	IPRESS
20	Otros relativos a la prestación	01	En los casos que el reclamo de carácter prestacional no corresponda a las causales señaladas.	Otros casos de reclamos relacionados directamente con la prestación de salud y que no puedan ser clasificados en los tipos antes señalados.	30	IPRESS
OTROS NO CLASIFICADOS EN NINGUN TIPO						

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DEL REPORTE DE RECLAMOS

Nº	Nombre del Campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de Validación EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO: (Cx=Criterio "x")	Modulo	
							IAFAS	SUNASA
Del Asegurado y la IAFAS								
1	CodInst	<u>Código de Institución que reporta, que puede ser el Código de IPRESS o el Código de IAFAS</u> * Para el caso de las IPRESS se usa el número de registro expedido por la SUNASA y que figura en la resolución de funcionamiento a cuya estructura se antepone el numeral "1", en total 9 dígitos. * Para el caso de las IAFAS hace referencia al número de registro expedido por la SUNASA y que figura en la resolución de funcionamiento a cuya estructura se antepone el numeral "2", en total 9 dígitos. Ambos códigos será definidos por las normas de registro respectivas, si resultaran en diferente cantidad de digitos, la cantidad de digitos del código más corto se completará con "ceros" a la izquierda de este código y después del numeral que diferencia ambos tipos de instituciones.	9	1	9	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El campo contiene más de 9 dígitos. C3. El código de la IPRESS a IAFAS no figura o no es igual al registrado en la base de datos de registro de la SUNASA.	C1 C2 C3	
2	Tipdltitu	<u>Tipo de documento de identidad del Titular en la IAFAS</u> 1 DNI 2 Carné de extranjería del titular 4 No registrado	1	10	10	C1. El Tipo de documento de identidad del titular está en blanco o nulo. C2. El Tipo de documento de identidad del titular está relleno con "X" o caracteres inválidos. C3. Aparecen dígitos diferentes a "1", "2" o "4"	C1 C2	C3

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

3	NúmDiTit	<u>Número de documento de identidad del Titular en la IAFAS</u> DNI o Carné de extranjería del titular En el caso del DNI consignar "00" al final del número	10	11	20	C1. El campo está en blanco o nulo. C2. El campo esta relleno con "X". C3. El documento de identidad del titular no figura o no es igual al registrado en la base de datos de Asegurados remitida a la SUNASA	C1 C2	C3
4	TipDiAsg	<u>Tipo de documento de identidad del Usuario Reclamante</u> 1 DNI 2 Carné de extranjería del titular NOTA: Para el caso de los Recién Nacidos y por un periodo máximo de 90 días se consignará el tipo de documento de identidad de la madre.	1	21	21	C1. El tipo de documento de identidad del asegurado está en blanco o nulo. C2. El tipo de documento de identidad del asegurado está relleno con "X". C3. Aparecen dígitos diferentes a "1" o "2".	C1 C2	C3
5	NúmDIAseg	<u>Número de documento de identidad del Usuario Reclamante</u> DNI o Carné de extranjería del usuario que reclama En el caso de que sea un titular este valor en el campo se repetirá con el "Código Titular" En el caso del DNI consignar "00" al final del número NOTA: Para el caso de los Recién Nacidos y por un periodo máximo de 90 días se consignará el tipo de documento de identidad de la madre. El valor en el campo debe estar ajustado a la derecha.	10	22	31	C1. El campo está en blanco o nulo. C2. El campo está relleno con "X". C3. El documento de identidad del asegurado no figura o no es igual al registrado en la base de datos de Asegurados remitida a la SUNASA.	C1 C2	C3

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

6	TipAsg	<u>Tipo de Aseguramiento a la IAFAS del Usuario Reclamante</u> Se consigna el tipo de Aseguramiento según los siguiente códigos: 1. Seguro de Salud (PEAS, Planes Específicos,, Planes Complementarios) 2. Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) 3. Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) 4. No Asegurado	1	32	32	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a "1,2,3,4"	C1 C2
7	RegAsg	<u>Régimen del Usuario Reclamante</u> 1. Régimen Subsidiado 2. Régimen Semicomtributivo 3. Régimen Contributivo 4. No Asegurado	1	33	33	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a "1,2,3,4"	C1 C2
8	FecNac	<u>Fecha nacimiento del usuario reclamante</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	34	41	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo está relleno con "X" C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes)	C1 C2 C3
9	Sexo	<u>Sexo del usuario reclamante</u> Sexo del usuario que presenta el reclamo según el siguiente código 0: Femenino 1: Masculino	1	42	42	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El campo contiene caracteres diferentes a 0 ó 1	C1 C2
10	UbiRes	<u>Ubigeo residente del Usuario Reclamante</u> Ubigeo de residencia del usuario que presenta el reclamo. El número de Ubigeo se obtiene de la información contenida en el DNI del usuario.	6	43	48	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo no está registrado en la tabla de "UBIGEO"	C1 C2

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

11	TipVL	<u>Tipo de vínculo laboral del titular del seguro</u> Se consigna si el usuario tiene algún tipo de vínculo laboral 0: Sin vínculo laboral (Independiente) 1: Vínculo Laboral (Dependiente)	1	49	49	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a 0 ó 1	C1 C2		
12	RUCEmp	<u>Número de RUC de la empresa o entidad empleadora</u> Este dato corresponde al RUC de la empresa donde trabaja el Asegurado o titular, para el caso del seguro regular y el SCTR dependiente, en el caso de asegurados independientes, subsidiados, semicontributivos o de no asegurados se debe de rellenar de "9s"	11	50	60	C1. Cuando el Tipo de Aseguramiento (TipoAsg) se "regular 1" o "SCTR 7", el valor en el campo debe corresponder a un RUC válido. Es inconsistente cuando: a. El valor en el campo está en blanco o nulo. b. El valor en el campo tiene una longitud distinta a 11 dígitos. c. El número de RUC contiene caracteres diferentes al rango numérico del (0 al 9). d. El número de RUC no está registrado en la tabla de RUCs de Empleadoras. C2. Cuando el Tipo de Aseguramiento (TipoAsg) sea "2,3,4,5,6,u 8" el valor en el campo no es aplicable, por lo que debe ser rellenado con nueves "9s"	C1.a C1.b C1.c C1.e C2		
Del Reclamo									
13	FecRec	<u>Fecha de presentación del reclamo</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	61	68	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El calor en el campo está relleno con "X". C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes) C4. El valor en el campo contiene fecha mayor al día de traslado del reclamo a la entidad competente.	C1 C2 C3 C4		

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

14	CorIRR	<u>Número Correlativo de Reclamo</u> El número "correlativo" corresponde a un numeral de 5 dígitos	5	69	73	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo C2. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cinco. C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del (0 al 9)	C1 C2 C3	
15	CorrCauEsp	<u>Correlativo de causa específica</u> Se consigna el número correlativo de las causas específicas comprendidas en un mismo reclamo	1	74	74	C1. El valor en el campo está en blanco. C2. El valor en el campo está relleno con "X" C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del (1 al 9)	C1 C2	
16	FecTrEC	<u>Fecha de traslado del reclamo a la entidad competente</u> Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repetirá la fecha de presentación del mismo En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repetirá la fecha de presentación del mismo	8	75	82	C1. El valor en el campo está en blanco. C2. El valor en el campo está relleno con "X". C3. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes). C4. El valor en el campo contiene fecha menor al día de presentación del reclamo	C1 C2 C3 C4	
17	CorREC	<u>Número Correlativo de Reclamo en la entidad competente</u> El número "correlativo" corresponde a un numeral de 5 dígitos	8	83	90	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cinco. C3. El valor en el campo contiene caracteres diferentes al rango numérico del (0 al 9)	C1 C2 C3	
		En los casos que el reclamo haya sido presentado a la entidad competente se repetirá el Número Correlativo de Reclamo En los casos que el reclamo haya sido trasladado, es decir el campo 17 es diferente al campo 14 no se consignará la información en los siguientes campos, excepto en el campo N° 24: Estado del reclamo, en el que se consignará el numeral "3" trasladado a entidad competente						

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

18	ModRec	<u>Modalidad de presentación del reclamo</u> Se consignará la forma de presentación del reclamo según los siguientes códigos: 1. Presentación verbal en persona. 2. Presentación Telefónica. 3. Presentación vía formato web. 4. Presentación por formato escrito o carta.	1	91	91	C1. El valor en el campo está en blanco o nulo. C2. El valor en el campo contiene un valor distinto a "1,2,3 ó 4"	C1 C2
19	DetOrig	<u>Detalle del servicio donde se origina el reclamo</u> Se consigna el código de dos (2) dígitos del servicio donde se efectuó el hecho que originó el reclamo según los siguientes códigos: 01. Atención a domicilio, no incluida emergencia 02. Atención en planta 03. Consulta telefónica 04. Farmacia 05. Atención de emergencia a domicilio 06. Atención Hospitalaria 07. Atención ambulatoria 08. Atención de emergencia no domiciliaria 09. Servicios Médicos de apoyo 10. Oficinas o áreas administrativas de IAFAS o IPRESS	2	92	93	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de dos. C2. El valor en el campo contiene carácter diferentes a: 01 al 10	C1 C2
20	AmbRec	<u>Ámbito o alcance del reclamo</u> Se consigna la Garantía Explícita a la que se refiere el reclamo según los siguientes códigos: 1. Oportunidad 2. Eficiencia y Protección Financiera 3. Accesibilidad 4. Calidad de la atención de salud	2	94	95	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de uno. C2. El valor en el campo contiene carácter diferentes a: 1, 2, 3 ó 4	C1

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

21	CauRec	<u>Causa del Reclamo</u> Se consigna la causa del reclamo según el detalle y los códigos del Anexo N° 1, formando un numeral de cuatro dígitos, los dos primeros corresponden al código de causa de reclamo y los dos últimos al ítem	4	96	99	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de cuatro C2. El valor en el campo contiene carácter diferentes a números	C1 C2
22	Monto	<u>Monto del Reclamo</u> Se consignará el monto causa del reclamo en los casos que corresponda, en Nuevos Soles, sin decimales y sin comas ni puntos. Cuando el reclamo no involucra un monto se rellena el campo con "ceros"	7	100	106	C1. El valor en el campo contiene caracteres diferentes a números	C1
23	AmpPlz	<u>Requiere ampliación de plazo para la solución del reclamo</u> "1" si se requiere ampliación de plazo "0" si no se requiere de ampliación del plazo	1	107	107	C1. El valor en el campo contiene más de un carácter C2. El valor en el campo contiene un valor diferente a "1 ó 0"	C1
24	AmpPlz	<u>Ampliación de Plazo</u> * En los casos en que en AmpPlz se consigne "1" en este campo se consignará el número de días de ampliación del plazo establecido por la IPRESS o la IAFAS	1	108	108	C1. El valor en el campo contiene más de un carácter C2. El valor en el campo contiene un valor mayor al valor 5	C1
25	EstRec	<u>Estado del Reclamo</u> Se consigna la situación en que se encuentra el trámite del reclamo según los siguientes códigos: 1. Resuelto.- se considera a los reclamos con reporte de notificación del Informe de Resultado del Reclamo Usuario 2. En trámite 3. Traslado a entidad competente 4. Anulado.- en caso de error de registro	1	109	109	C1. El valor en el campo contiene un número de caracteres diferente de uno C2. El valor en el campo contiene carácter diferentes a: 1,2, ó 3	C1 C2

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

26	ResRec	<p><u>Resultado del Reclamo</u> Se consigna el carácter final del reclamo, como resultado del proceso, en el caso en que en el rubro anterior se consignara el código "1" Se consignará el dato según los siguientes códigos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fundado 2. Infundado 3. Concluido anticipadamente (desistimiento, conciliación, arbitraje o transacción extra judicial) 4. Improcedente en los casos de: <ul style="list-style-type: none"> * Extemporaneidad en la presentación del reclamo donde no exista el impedimento material justificante o este no se encuentre debidamente justificado * Cuando el reclamo ya cuente con un informe de Resultado de Reclamo, acuerdo conciliatorio o laudo arbitral. 	1	110	110	<p>C1. El valor en el campo contiene algún tipo de carácter siendo que en el rubro anterior se consigne el numeral "2", "3" ó "4".</p> <p>C2. El valor en el campo no contiene ningún carácter siendo que en el rubro anterior se consigno el numeral "1".</p> <p>C3. El valor en el campo contiene un carácter diferente a los numerales "1", "2", "3" ó "4"</p>	C1			
27	FecRes	<p>Fecha de resultado de solución del reclamo Se consignará la fecha si el proceso tiene la condición de resuelto</p> <p>Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD</p>	8	111	118	<p>C1. El valor en el campo está en blanco, siendo que en el campo 19 se ha consignado el numeral "1".</p> <p>C2. El valor en el campo está relleno con "X".</p> <p>C3. El valor en el campo contiene un fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes).</p> <p>C4. El valor en el campo contiene fecha mayor al día del envío.</p> <p>C5. El valor en el campo contiene fecha menor que la consignada en el campo 9.</p>	C1	C2	C3	C4
28	FecAct	<p>Fecha de última Actualización de Expediente Se consigna la fecha donde se realiza la última actualización de datos del expediente, entendiéndose por actualización de datos, el ingreso de documentación al expediente de reclamo.</p> <p>Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD</p>	8	119	126	<p>C1. El valor en el campo está relleno con "X".</p> <p>C2. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes)</p> <p>C3. La fecha de actualización es anterior a la fecha de reclamo.</p>	C1	C2	C3	

	MANUAL			Código: MAN - 001	
	MANUAL DE ATENCION DE RECLAMOS Y QUEJAS			Estado: Vigente	Versión: 1
	Macroproceso:	Gestión de Clientes	Proceso:	Atención a Reclamos de Clientes	Fecha de publicación: dd/mm/aaaa

Anexo 04

Criterios para la definición de Casos Complejos

- Casos médicos que atribuyan negligencia médica.
- Casos elevados o que amenacen con hacerlo a la SUNASA.
- Casos que involucren fraude por parte de un proveedor de servicio, un personal de SEMEFA o del mismo asegurado.
- Casos que hayan sido llevados a los medios.
- Que el reclamo se trate de una reconsideración o réplica siempre y cuando el caso haya sido catalogado como complejo.

Los reclamos que cumplan con alguna de las condiciones anteriormente descritas deben calificarse como complejos, y por ello deberá atenderse de la siguiente manera:

- Planificar una reunión con el asegurado y las áreas involucradas (de ser necesario) a fin de tomar contacto directo con su problema.
- Declarar el caso en el informe semanal y comunicar al Comité Nacional del SEMEFA su avance hasta que sea resuelto de forma definitiva.
- Elevar el caso por su nivel de complejidad a una junta de conciliación o si el caso lo amerita elevar el reclamo al Comité Nacional del SEMEFA para opinión, a fin de exhortar a los involucrados a una pronta solución.
- Comunicarse telefónicamente con el cliente a fin de brindarle el alcance de la solución del caso.