

RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA
N° 160-2011-SUNASA/CD
Lima, 20 de diciembre de 2011

VISTOS:

El Informe N° 00285-2011/IRAR del 30 de noviembre de 2011 de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro y el Informe Jurídico N° 004-2011-SUNASA/OGAJ del 25 de noviembre de 2011 de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9° de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud – Ley N° 29344, dispone la creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia;

Que, mediante Resolución de Superintendencia N° 024-2003-SEPS/CD se aprobó el Reglamento para la atención de reclamos de los usuarios de las Entidades Prestadoras de Salud, el mismo que ha sido modificado mediante Resolución de Superintendencia N° 016-2007-SEPS/CD, siendo que en el transcurso de la vigencia de las citadas normas se ha constatado determinados aspectos de las mismas que resulta necesario precisar y/o modificar, adecuándose a las nuevas funciones de la SUNASA establecidas en la Ley N° 29344 y su Reglamento;

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en Título II Capítulo II, artículo 11° inciso h) del Reglamento de la Ley N° 29344 aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, corresponde a la SUNASA definir el procedimiento de atención al usuario en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), incluido el proceso de Atención de Reclamos y Quejas, en los casos de responsabilidad solidaria de las IAFAS con las IPRESS por los planes de salud que oferta a través de su infraestructura propia o de terceros;

Que, en tal sentido, resulta imperativo dotar a los usuarios en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de un instrumento jurídico que contemple mecanismos inspirados en los principios de celeridad, simplicidad y eficacia que garanticen la tutela de sus derechos y la correcta atención de los reclamos que planteen ante las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), así como habilitar la Instancia de Queja ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), acorde a lo dispuesto en el artículo 113° del Decreto Supremo N° 008-2010-SA;

Que, el artículo 24° quinto acápite del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal señala que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden, así mismo el artículo 29° establece los derechos e información que las IPRESS deben de garantizar a los usuarios;

Que, el Artículo 5° Numeral 3 de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece que las Garantías Explícitas en Salud de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, incluyen a toda la población cubierta bajo el esquema de Aseguramiento Universal en Salud, siendo que dicho esquema incluye tanto al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), como a los Planes Complementarios y Específicos, acorde a lo dispuesto en el artículo 12° de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, el Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por Ley N° 29571 establece en su artículo 67° numeral 2 que la prestación de servicios y la comercialización de productos de salud a los consumidores se rigen por las disposiciones establecidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, normas complementarias, modificatorias o las que la sustituyan y en lo que no se oponga por las disposiciones del presente Código, encontrándose en dicho marco normativo también la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud – Ley N° 29344 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA;



Que, conforme a lo dispuesto en el inciso r) del artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones de la SUNASA, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2011-SA, es función del Consejo Directivo aprobar las normas que regulan los procedimientos de Atención de los Reclamos y Quejas de los usuarios del AUS;

Que, acorde con lo señalado en los incisos e) y w) del artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones de la SUNASA antes mencionado, es función del Despacho del Superintendente proponer al Consejo Directivo, para su aprobación, las normas relacionadas con el proceso de AUS, en materia de su competencia, de acuerdo al marco legal vigente, así como expedir Resoluciones que le correspondan en cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo;



Con el visado del Superintendente Adjunto, de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro, y de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



Estando a lo acordado por el Consejo Directivo en Sesión Ordinaria N° 014-2011-CD/SUNASA de fecha 21 de julio de 2011 y ratificado en Sesión Ordinaria N° 023-2011-CD/SUNASA de fecha 13 de diciembre de 2011; así como a las facultades conferidas por las normas precedentemente citadas.

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- APROBAR el “Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS”, que consta de tres (03) Títulos, cuarenta y cuatro (44) artículos, dos (2) Disposiciones Complementarias Transitorias y tres (03) Anexos, cuyo texto forma parte de la presente Resolución:

Anexo 1: Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos.

Anexo 2: Formato del Reporte Mensual de Reclamos y su Instructivo (Anexo 2A).

Anexo 3: Formato de Ficha de Reclamo en Salud.



Artículo 2°.- El Superintendente dictará las disposiciones complementarias que resulten necesarias para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución, pudiendo precisarla en sus alcances, así como actualizar sus Anexos dando cuenta de ello al Consejo Directivo de la SUNASA.



Artículo 3°.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano. En la misma fecha, serán publicados en el portal web institucional de la SUNASA (www.sunasa.gob.pe), el Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS y sus anexos.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



**ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ
SUPERINTENDENTE**



PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

REGLAMENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y QUEJAS DE USUARIOS DE LAS IAFAS E IPRESS

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer lineamientos para el procedimiento general de atención a los reclamos de los usuarios ante las IAFAS y/o IPRESS, así como habilitar la Instancia de Queja Tuitiva ante la SUNASA.

Artículo 2°.- Finalidad

La presente norma tiene por finalidad promover soluciones oportunas y directas, ante la insatisfacción del usuario con la prestación del servicio de salud o la cobertura brindada por la IAFAS o IPRESS, de acuerdo con lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, o cuando se ha vulnerado el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, o las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS.

Artículo 3°.- Ámbito de Aplicación

Las disposiciones del presente reglamento son de aplicación tanto a los usuarios, como a las IAFAS e IPRESS públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse que financien o presten servicios de salud respectivamente, incluido el SCTR, en el marco del AUS.

Para el caso de Compañías de Seguros Privados que ofertan cobertura de asistencia médica, SOAT, accidentes personales y otras coberturas vinculadas a salud, que se encuentran bajo el ámbito de la SBS, se circunscribe a los procesos asociados a la prestación de servicios de su red asistencial, al cumplimiento de las condiciones que se deriven de los convenios suscritos con los afiliados o entidades que los representen, y respecto a la verificación de la oportunidad de pago a sus proveedores de salud.

Artículo 4°.- Acrónimos y Definiciones

Para la aplicación de la presente norma se entiende por:

4.1. Acrónimos

✓ AUS	Aseguramiento Universal en Salud
✓ CECONAR	Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA
✓ EPS	Entidades Prestadoras de Salud
✓ 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
✓ ISIAFAS	Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
✓ ISIPRESS	Intendencia de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
✓ PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
✓ SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
✓ SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
✓ SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
✓ SBS	Superintendencia de Banca y Seguros y AFP

4.2. Definiciones

a. **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud:** Son instituciones o empresas públicas privadas o mixtas, creadas o por crearse como





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

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.

- b. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- c. Usuario:** Toda persona residente en el país que se encuentre bajo la cobertura de alguno de los regímenes del AUS, o que solicite su afiliación a un plan de aseguramiento en salud en una IAFAS.
- d. 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, o cuando se ha vulnerado el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, o las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, a fin de buscar una solución directa.
- e. Ficha de Reclamo en Salud:** Es el documento de naturaleza física o virtual provisto por la IAFAS o IPRESS según formato estandarizado del Anexo 3 del presente Reglamento, en el cual los usuarios podrán 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.
- f. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud:** Organismo Público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, constituye para efectos del presente Reglamento, Instancia de Queja acorde con lo dispuesto en el artículo 113° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- g. Queja Tuitiva:** Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a la SUNASA en Instancia de Queja, ante la negativa de la 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 las 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.

Artículo 5°.- Principios

El presente Reglamento se sujeta a los siguientes principios:

- 1. Principio Pro Usuario.-** En caso de duda sobre el sentido de las normas, alcance de los planes o convenios de aseguramiento, así como respecto a los hechos que importen vulneración a las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, la SUNASA, las IAFAS y las IPRESS deberán propender a la protección del usuario.
- 2. Principio de Transparencia.-** En el ámbito del AUS la IAFAS e IPRESS debe 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.
- 3. Principio de Corrección de la Asimetría.-** Las disposiciones del presente Reglamento 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.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

4. **Principio de Especialidad Normativa.**- En el marco del AUS, el presente Reglamento constituye la norma especial para la atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las IAFAS e IPRESS, siendo sus disposiciones de cumplimiento obligatorio. El Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por Ley N° 29571 será de aplicación supletoria.
5. **Principio de Primacía de la Realidad.**- En el procedimiento de atención de los reclamos y quejas se considerarán las conductas, así como las situaciones y relaciones contractuales o económicas que efectivamente se realicen, persigan o establezcan.

Artículo 6°.- Obligaciones Generales de las IAFAS e IPRESS

La SUNASA supervisa que las IAFAS e IPRESS cumplan con las siguientes obligaciones:

- a. Contar con una Plataforma de Atención al Usuario para la tramitación de reclamos y consultas, propiciando la prevención de conflictos. Para tal efecto la IAFAS o IPRESS designará un personal o servidor que asuma dichas funciones, sin que ello irrogue necesariamente gastos administrativos.
- b. Contar con la Ficha de Reclamo en Salud en sus establecimientos y/o cuando corresponda en medio virtual, debiendo colocarla en un lugar visible y de fácil acceso para el usuario, observando el formato estandarizado del Anexo 3 del presente Reglamento.
- c. Contar con un Registro de los Reclamos presentados con su respectivo Número Correlativo de Reclamo, según el procedimiento establecido en su Reglamento, Manual o Formato de atención de reclamos.
- d. Contar con un archivo físico o electrónico de los documentos que sustenten la investigación sumaria realizada para la atención de los reclamos de los usuarios.
- e. Contar con la Tabla de Clasificación de Reclamos (Anexo 1) en la Plataforma de Atención al Usuario.
- f. Colocar en lugar visible al público un afiche o panel donde figure el diagrama de flujo del procedimiento de atención del reclamo, números telefónicos y correos de atención al cliente.
- g. Brindar a los usuarios, en forma oportuna, la información contenida en el artículo 8° del presente Reglamento.

Artículo 7°.- Obligaciones Específicas de las IAFAS e IPRESS

La SUNASA supervisará que:

7.1. Las IAFAS cumplan con:

- a. Tener un Reglamento de Atención de Reclamos.
- b. Remitir mensualmente a la SUNASA la información de los reclamos registrados y el estado de los mismos, acorde a lo establecido en el Título III del presente Reglamento.

7.2. Las IPRESS cumplan con:

- a. Tener un Reglamento o Manual de Atención de Reclamos, en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

- b. Disponer de un Formato que refleje el procedimiento a emplearse en el propósito de presentar una reclamación por parte del usuario, en los establecimientos de primer nivel de atención.
- c. Remitir mensualmente a las IAFAS con las cuales tengan contrato o convenio, la información de los reclamos registrados y el estado de los mismos, acorde a lo establecido en el Título III del presente Reglamento.

Artículo 8°.- Reglamento, Manual y Formato de Atención de Reclamos

8.1. El Reglamento o Manual de Atención de Reclamos, contendrá lo siguiente:

- a. Descripción clara y precisa del procedimiento de reclamo.
- b. Informar sobre la gratuidad de la tramitación del reclamo.
- c. Requisitos y plazos para cada una de las etapas de atención del reclamo, dentro de los plazos máximos definidos en la presente norma.
- d. Adjuntar un diagrama de flujo del procedimiento de atención del reclamo.
- e. Identificación de las vías de comunicación a través de las cuales los usuarios podrán formular sus reclamos en forma verbal o escrita.
- f. Señalar la oficina competente encargada de dar atención a los reclamos.
- g. Precisar las responsabilidades y obligaciones del área encargada.
- h. Informar al usuario del derecho que le asiste de acudir en Queja Tuitiva a la SUNASA.
- i. Informar al usuario del derecho que le asiste de acudir, en cualquier momento, al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA, en busca de una solución alternativa a la controversia.
- j. Otros que considere necesario.

8.2. El Formato de Atención de Reclamos contendrá lo siguiente:

- a. Descripción clara y precisa del procedimiento de reclamo.
- b. Informar sobre la gratuidad de la tramitación del reclamo.
- c. Requisitos y plazos para cada una de las etapas de atención del reclamo, dentro de los plazos máximos definidos en la presente norma.
- d. Informar al usuario del derecho que le asiste de acudir en Queja Tuitiva a la SUNASA.
- e. Informar al usuario del derecho que le asiste de acudir, en cualquier momento, al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA, en busca de una solución alternativa a la controversia.
- f. Otros que considere necesario.

No se podrá exigir a los usuarios mayores requisitos que los contemplados en la presente norma, cualquier disposición que la contravenga se tendrá por no puesta y constituirá infracción pasible de sanción.



Artículo 9°.- Gratuidad en la atención

Los trámites para la atención de los reclamos de los usuarios son gratuitos. En caso se estime que la apreciación de los hechos requiere la utilización de procedimientos adicionales para su mejor esclarecimiento, éstos serán asumidos por la IAFAS o IPRESS o en forma solidaria por ambas, según corresponda.

TÍTULO II PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS Y QUEJAS SUBTÍTULO I DEL RECLAMO

Artículo 10°.- Instancia Competente

La IAFAS o IPRESS generadora de la insatisfacción del usuario constituye la instancia competente para tramitar y resolver los reclamos presentados.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

Artículo 11°.- Procedencia del Reclamo

Todo usuario tiene derecho a interponer su reclamo, de manera directa o a través de un familiar acreditado, o de su representante legal, contra las IAFAS o IPRESS cuando considere 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, o cuando se han vulnerado las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de buscar una solución directa al reclamo presentado.

En ningún caso, la atención de salud del usuario estará supeditada al resultado del reclamo.

Artículo 12°.- Clasificación

Los reclamos presentados, según su naturaleza, serán clasificados 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.

La correcta clasificación del reclamo será responsabilidad de la IAFAS o IPRESS al momento de la recepción del mismo, para tal efecto deberá aplicar la Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos contenida en el Anexo 1 del Presente Reglamento.

Artículo 13°.- Inicio del Procedimiento

El procedimiento de atención del reclamo se inicia con la presentación de la Ficha de Reclamo en Salud ante la IAFAS o IPRESS generadora de la insatisfacción del usuario, 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 de la IAFAS o IPRESS 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 Reglamento.

Sin perjuicio de ello, en cualquier momento, el usuario podrá buscar una solución alternativa a la controversia, acudiendo al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUNASA.

Artículo 14°.- Incompetencia y Traslado

En el caso que un reclamo sea presentado ante una IAFAS y su competencia corresponda a una IPRESS o viceversa, según la Tabla de Clasificación de Reclamos (Anexo 1), esta deberá trasladarlo a aquella, declinando competencia bajo responsabilidad, sin perjuicio de lo establecido en el inciso h) del artículo 11° del Reglamento de la Ley N° 29344.

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 los 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.

La IAFAS o IPRESS remitente comunicará inmediatamente la ejecución de este procedimiento al usuario y dará cuenta a la SUNASA en el Reporte Mensual de Reclamos.

Artículo 15°.- Expediente de Reclamo

La presentación del reclamo da lugar a la generación de un Expediente de Reclamo, identificado por el Código de Registro de Reclamo referido en el artículo 19° del presente Reglamento. En dicho expediente la IAFAS o IPRESS deberá reunir todas las actuaciones efectuadas en la tramitación del reclamo.

El Expediente de Reclamo debe comprender las actuaciones que sustenten las etapas del procedimiento de atención del reclamo:





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

- a) Admisión y registro,
- b) Investigación sumaria,
- c) Resultado del reclamo,
- d) Notificación de resultado.

A través del Expediente de Reclamo, las IAFAS e IPRESS acreditarán el sustento de su pronunciamiento respecto al reclamo presentado.

Las IAFAS e IPRESS deberán conservar el Expediente de Reclamo hasta por un periodo de dos (02) años desde su conclusión. Durante dicho lapso la SUNASA podrá requerir, para efectos de supervisión, copia del mencionado expediente, debiendo ser remitido por la IAFAS o IPRESS en el plazo de tres (03) días hábiles siguientes a su notificación, más el término de la distancia cuando corresponda.

Artículo 16°.- Identidad 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 ocurrencia, la IAFAS o IPRESS deberá 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 que se produzca dicha identidad respecto a un reclamo que 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.

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO

SUBCAPÍTULO I ADMISIÓN Y REGISTRO

Artículo 17°.- Ficha de Reclamo en Salud

Todo reclamo formulado por el usuario deberá ser presentado mediante el llenado físico o virtual de la Ficha de Reclamo en Salud, observando el formato estandarizado del Anexo 3 del presente Reglamento.

En caso el usuario no proporcione de manera adecuada la información mínima requerida en el artículo 21° del presente Reglamento, el reclamo se considerará como no presentado.

En caso de los reclamos efectuados por vía telefónica, la IAFAS o IPRESS, con el consentimiento informado del usuario, podrá grabar la conversación a fin de obtener la información mínima requerida y proceder al llenado de la Ficha de Reclamo en Salud.

La interposición del reclamo determina la obligación de la IAFAS o IPRESS a su admisión, tramitación y respuesta, en un plazo que no deberá exceder de lo dispuesto en el artículo 30° del presente Reglamento.

Artículo 18°.- Número Correlativo de Reclamo

Las IAFAS e IPRESS deberán asignar a cada reclamo un número correlativo, proporcionándolo al usuario al momento de su presentación para el seguimiento respectivo.

Dicho número correlativo corresponde al Campo 14 del Anexo 2 que forma parte integrante del presente Reglamento, y forma parte del Código de Registro de Reclamo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

Artículo 19°.- Código de Registro de Reclamo

Para efectos de reportar a la SUNASA la información establecida en el Título III del presente Reglamento, las IAFAS e IPRESS deberán emplear el Código de Registro de Reclamo, cuya estructura considera en forma correlativa los siguientes campos de la Tabla de Reporte Mensual de Reclamos (Anexo 2):

- Campo 1.- Código de la IAFAS o IPRESS que reporta
- Campo 13.- Fecha presentación del reclamo
- Campo 14.- Número Correlativo de Reclamo
- Campo 15.- Correlativo de Causa Específica

Para el caso de lo dispuesto en el artículo 14° del presente Reglamento, las IAFAS o IPRESS deberán consignar, en el Reporte Mensual de Reclamos, la información del Campo 1 hasta el Campo 17 y la correspondiente al Campo 25.

Artículo 20°.- Admisión del Reclamo

La IAFAS o IPRESS generadora de la insatisfacción del usuario es responsable de la admisión y correcta tramitación del reclamo presentado, debiendo observar para tal efecto las disposiciones del presente Reglamento. En ningún caso podrá negar la admisión de un reclamo por no estar acompañado de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten.

La recepción de los reclamos, en el caso de las IPRESS de primer nivel de atención se efectuará por su Mesa de Partes. En las IPRESS de segundo o tercer nivel de atención y en las IAFAS se realizará en la Plataforma de Atención al Usuario.

Artículo 21°.- Información Mínima del Usuario

El usuario es responsable de proporcionar de manera adecuada la información relativa a sus Datos Personales y Detalles del Reclamo, que forman parte de la Ficha de Reclamo en Salud. La correcta clasificación del reclamo corresponde a la IAFAS o IPRESS conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 12° del presente Reglamento.

En caso de los reclamos efectuados por vía telefónica, la IAFAS o IPRESS, con el consentimiento informado del usuario, deberá recabar de éste la siguiente información mínima:

- a. Área o Centro donde ocurre el reclamo.
- b. Nombres y apellidos completos.
- c. Tipo y número de documento de identificación.
- d. Fecha de nacimiento y sexo.
- e. Dirección o domicilio real.
- f. Fecha de ocurrencia del evento que genera el reclamo.
- g. Fecha de presentación del reclamo.
- h. Detalles del reclamo.



SUBCAPÍTULO II INVESTIGACIÓN SUMARIA

Artículo 22°.- Etapa de Investigación Sumaria

La Investigación Sumaria se inicia luego de admitido el reclamo por la IAFAS o IPRESS competente. En dicha etapa, corresponde a éstas, efectuar 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, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31° del presente Reglamento.

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





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

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

Artículo 23°.- Citaciones

La IAFAS o IPRESS competente podrá citar al reclamante para que se ratifique en su reclamo, así como a 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 con las notificaciones y actas de reunión.

Artículo 24°.- Peritajes

La IAFAS o IPRESS generadora de la insatisfacción del usuario 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 la IAFAS o IPRESS o en forma solidaria por ambas, según corresponda.

SUBCAPÍTULO III RESULTADO DEL RECLAMO

Artículo 25°.- Informe de Resultado del Reclamo

Concluida la Investigación Sumaria la IAFAS o IPRESS competente elaborará un Informe de Resultado de Reclamo en el que 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.

En los casos de Conclusión Anticipada del Procedimiento y de Informe de Resultado Parcial a que hacen referencia el Capítulo II y artículo 26° del presente Reglamento, deberá consignarse expresamente dicha situación en el literal d. correspondiente al resultado del reclamo.

Cuando un reclamo sea declarado fundado, deberá contener además:

- a. Acciones ejecutadas o que adoptará la IAFAS o IPRESS 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.

Artículo 26°.- Causas Específicas Múltiples

Cuando un reclamo contenga más de una causa específica la IAFAS o IPRESS competente elaborará un solo Informe de Resultado de Reclamo, dentro del plazo que corresponda a la causa de mayor complejidad, según la clasificación del Anexo 1. En dicho Informe se efectuará un pronunciamiento sustentado por cada una de las causas materia de reclamo.

Cuando las causas específicas sean pasibles de resolverse por separado, la IAFAS o IPRESS podrá emitir Informes de Resultado Parcial respecto de alguna de ellas, debiendo cumplir con la forma señalada en el artículo 25°.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

Cuando un reclamo importe responsabilidad compartida entre la IAFAS e IPRESS, la primera 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 segunda.

Artículo 27°.- De Consignación Obligatoria

El Informe de Resultado de Reclamo deberá 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 ésta 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.”

SUBCAPÍTULO IV NOTIFICACIÓN DE RESULTADO

Artículo 28°.- Medios de Notificación

La IAFAS o IPRESS competente deberá notificar al usuario, por escrito, el Informe de Resultado de Reclamo, al domicilio consignado por éste en la Ficha de Reclamo en Salud, o a su dirección electrónica en caso de haberlo solicitado así expresamente.

Adicionalmente, las IAFAS podrán habilitar en sus portales web la opción de visualizar el Informe correspondiente mediante el uso del Número Correlativo de Reclamo como clave de ingreso, siendo este medio suficiente para acreditar la debida notificación del usuario, siempre que este haya manifestado expresamente su conformidad con el uso de esta vía al momento de la presentación del reclamo. Dicho sistema de información brindará la debida garantía de confidencialidad.

CAPÍTULO II CONCLUSIÓN ANTICIPADA DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 29°.- Causales

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.

CAPÍTULO III PLAZOS

Artículo 30°.- Atención de Reclamos

Los plazos máximos para la atención de los reclamos se determinan en el Anexo 1 de la presente norma, y serán computados en días hábiles desde la fecha de recepción del reclamo por la IAFAS o IPRESS competente hasta la fecha de envío del Informe de Resultado del Reclamo al usuario, debiéndose tomar en cuenta lo dispuesto en el artículo 14° en los casos pertinentes.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

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

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

Artículo 31°.- Investigación Sumaria

Los plazos de la Investigación Sumaria a que hace referencia el artículo 22° serán determinados por las IAFAS o IPRESS en su Reglamento, Manual o Formato de atención de reclamos. Las actuaciones de la Investigación Sumaria no podrán exceder en su conjunto del plazo máximo establecido en el presente Reglamento para la atención del reclamo.

Artículo 32°.- Notificación de Resoluciones

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.

SUBTÍTULO II DE LA QUEJA TUITIVA

Artículo 33°.- Instancia de Queja

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, interponiendo Queja Tuitiva conforme a las disposiciones del presente Subtítulo.

Artículo 34°.- Objeto de la Queja Tuitiva

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.

Artículo 35°.- Contenido de la Queja Tuitiva

Para la debida atención de la Queja Tuitiva el usuario deberá 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,





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

- 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),

Lo dispuesto en el párrafo anterior resulta aplicable también cuando se interponga Queja Tuitiva por vía telefónica.

Artículo 36°.- Plazo de interposición

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.

Artículo 37°.- Procedimiento

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 la ISIAFAS e ISIPRESS, los hechos que sustentan la Queja Tuitiva interpuesta, a fin 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 establecido en el artículo 32° del presente Reglamento, según corresponda.

Las demás disposiciones relativas a la tramitación de la Queja Tuitiva en la SUNASA, se desarrollan en sus normas de gestión interna.

Artículo 38°.- Del Arbitraje y Conciliación

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.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

Artículo 39°.- Responsabilidad y Sanción

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.

TITULO III INFORMACIÓN A REPORTAR

Artículo 40°.- Reporte Mensual de Reclamos

Las IAFAS informarán mensualmente a la SUNASA, el registro y estado de atención de los reclamos de sus respectivos usuarios, bajo apercibimiento de sanción. Para tal efecto deberán recabar de sus IPRESS vinculadas el registro mensual de reclamos presentados, según la estructura del Anexo 2 del presente Reglamento, en un plazo no mayor a cinco (05) días calendario de finalizado el período que se informa.

Dicha información será utilizada por la SUNASA para fines de supervisión y difusión en cumplimiento de las normas vigentes. El incumplimiento en la remisión de información por parte de las IPRESS constituye una infracción al Reglamento de Infracciones y Sanciones de la SUNASA.

Artículo 41°.- Forma de Remisión de la Información

La información reportada corresponderá a los reclamos nuevos y los casos solucionados en el mes informado, se consideraran casos solucionados a los casos que cuentan 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 período que se informa, mediante archivo plano (formato texto) que debe tener la estructura y cumplir con las normas de validación establecidas en el Anexo 2 de la presente norma, la misma que se generará a través del aplicativo informático que para el efecto pondrá a disposición la SUNASA.

Artículo 42°.- Reclamos con más de una Causa Específica

Para efectos de elaborar el Reporte Mensual de Reclamos, 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 la IAFAS o IPRESS competente, 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.

Artículo 43°.- Registro de Reclamos del AUS

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

Artículo 44°.- Satisfacción del Usuario

Las IAFAS y las IPRESS de segundo y tercer nivel de atención en coordinación con la SUNASA establecerán sistemas o mecanismos que les permitan en forma periódica medir el nivel de satisfacción de sus usuarios, informando de sus resultados anualmente a la SUNASA para fines de supervisión y difusión en cumplimiento de las normas vigentes.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Superintendencia
Nacional de
Aseguramiento en Salud

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- Cronograma de Implementación

Todas las IAFAS deberán de implementar y/o adecuar sus procesos acorde a lo señalado en el presente Reglamento, para lo cual en un plazo no mayor a 30 días calendario de publicada la norma deberán de presentar a la SUNASA un cronograma de implementación, el cual no podrá exceder del plazo de 180 días calendario de aprobado por la SUNASA.

Una vez aprobado el cronograma las IAFAS deberán iniciar las coordinaciones necesarias con sus IPRESS vinculadas para garantizar la implementación del mismo, bajo responsabilidad, pudiendo hacerlo directamente con el órgano responsable de su red prestacional, DISA, DIRESA o la que haga sus veces, según corresponda.

En tanto duren los procesos de implementación y/o adecuación de las IAFAS EPS a lo establecido en el presente Reglamento, deberán seguir reportando la información relativa a los reclamos de sus afiliados, conforme al procedimiento establecido en las Resoluciones de Superintendencia N° 024-2003-SEPS/CD y N° 016-2007-SEPS/CD.



Segunda.- Derogatoria

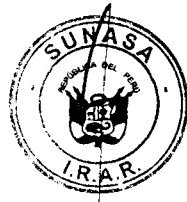
Deróguese toda norma de igual o menor rango que se oponga al procedimiento establecido en el presente Reglamento, con la excepción establecida en el último párrafo de la Primera Disposición Complementaria.

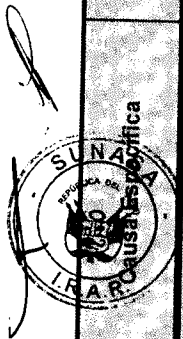
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

ANEXO N° 1

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 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 del SIS, etc.)	5	IPRES
		01	Demora en la atención de emergencia	Demora de la atención de una emergencia personal o insumos de emergencia	5	IPRES
03	Demora en la prestación de 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 e insumos de consultorio	5	IPRES
		03	Demora en la Hospitalización	Demora en el ingreso a hospitalización demanda del servicio, por falta o demora del personal encargado e insumos	5	IPRES
		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	IPRES
		05	Demora en la intervención quirúrgica	Cuando el asegurado considera que existió demora en la realización de una intervención quirúrgica.	5	IPRES
		06	Demora en la referencia	Cuando el asegurado considera que existió demora en la referencia o traslado a otro centro o servicio asistencial	5	IPRES





Código		Denominación de causa de reclamo	Item	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN		Tiempo Máximo	Competencia
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, período 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 de 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, período 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 u otras limitaciones de cobertura, en el marco de las normas vigentes.	5	IAFAS
			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 de IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, período 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, período 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 carné de asegurado cuando corresponda	Cuando la IAFAS no hay actualizado la información del DNI del usuario o no haya entregado oportunamente el carné 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	Otros relacionados con la acreditación del asegurado	Error en otros datos del asegurado o demora en la actualización de los mismos.	5	IAFAS

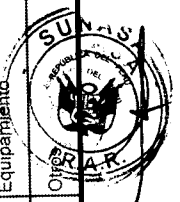
Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
07	Dificultad de acceso a los servicios de atención al asegurado	01	Demora en la admisión del asegurado en la IPRESS o en los servicios de apoyo al diagnóstico	Dificultad durante el proceso 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	IPRES
		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 cita 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	IPRES
		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 inconsulta 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
08	Problemas con el mecanismo de acreditación del asegurado	01	Error en emisión de carta 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	Negación de ampliación de carta de garantía por la IAFAS, cuando corresponda	Generado cuando la IAFAS desaprueba 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
		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 figura 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





Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
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 contemplado en el Plan de salud, sin informar previamente al asegurado o su representante que estos no están cubiertos por el Plan.	5	IPRES
		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	IPRES
		02	Catiga 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	IPRES
		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	IPRES
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención	Otros gastos no cubiertos	5	IPRES
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 relativos 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

Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Específica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
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	IPRES
		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 presta el servicio.	5	IPRES
		03	Sobre información de la prestación de salud	Falta de información sobre la atención de salud relacionadas a: la enfermedad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento brindado y alternativas terapéuticas.	5	IPRES
		05	Relacionado con el diagnóstico	Cuando el asegurado esta disconforme con los procedimientos y/o resultados del diagnóstico (Aplica para todas las atenciones, sea ambulatoria, emergencia, hospitalización, u otro)	30	IPRES
		06	Relacionado con la atención de consulta médica o emergencia a domicilio	Cuando el asegurado no esta conforme con la forma de atención o asistencia brindada por el personal asistencial en el domicilio.	5	IPRES
		07	Relacionado con el tratamiento médico ambulatorio, a domicilio o en emergencia	Cuando el asegurado no esta conforme con el tratamiento recibido en emergencia, domicilio o en consulta externa, así como por posibles resultados adversos del tratamiento instaurado.	30	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		10	Relacionado con el tratamiento quirúrgico	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento quirúrgico recibido	30	IPRES
		11	Relacionado con la Hospitalización	Cuando el asegurado no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización	5	IPRES
		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	IPRES
		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 farmacológica y no farmacológica, secuelas de enfermedad y efectos secundarios relacionados, ha sido insuficiente o inadecuada	5	IPRES
		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	IPRES
		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.
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	IPRES
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	IPRES
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	IPRES
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 hospitalización, servicios de alumbrado eléctrico, agua, desagüe u otros según categoría de establecimiento)	5	IPRES
		02	Equipamiento	Cuando el asegurado refiere la ausencia de equipos o que se encuentran malogrados o deteriorados	30	IPRES
		03	Otros	Cuando el asegurado refiere que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos.	30	IPRES



Código	Denominación de causa de reclamo	Item	Causa Especifica	DEFINICIÓN / EXPLICACIÓN	Tiempo Máximo	Competencia
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	IPRES
		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	IPRES
		03	Demora en la entrega de medicamentos e insumos	Cuando la IPRESS no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos o insumos	5	IPRES
		04	No conformidad con el medicamento indicado	Cuando el asegurado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito.	30	IPRES
		05	Falta de medicamento o insumos en la IPRESS	Cuando el medicamento o insumo prescrito no existe en la farmacia de la IPRESS	5	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	5	IPRES
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	IPRES - IAFAS
		02	Descortesía en personal administrativo en la IPRESS	Trato descortes y ofensivo por el personal administrativo de la IPRESS (admisión, caja u otros) que genera malestar al asegurado	5	IPRES
		03	Descortesía en personal administrativo en la IAFAS	Trato descortes y 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	IPRES
		05	Descortesía en el personal médico	Trato descortes, 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	IPRES
		06	Descortesía en el personal asistencial no médico	Trato descortes, 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	IPRES
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	IPRES - 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	IPRES - IAFAS
		03	Presencia de personal no autorizado en evaluación clínica	Cuando asegurado es evaluado por o en presencia de personal que no está involucrado con su tratamiento, sin su autorización.	5	IPRES
		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	IPRES
		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	IPRES
		06	Falta de consentimiento informado	No se ha otorgado consentimiento informado respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente	5	IPRES
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	IPRES

OTROS NO CLASIFICADOS EN NINGUN TIPO

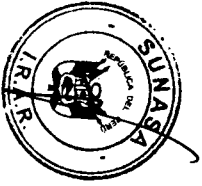
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

ANEXO N° 2A

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DEL REPORTE DE RECLAMOS

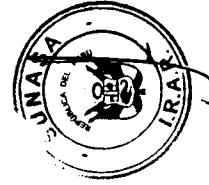
Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación. EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (Cx = CRITERIO X)	Módulo
Del Asegurado y la IAFAS							
1	CodInst	<u>Código de institución que reporta, que puede ser el Código de IPRESS o el Código de IAFAS</u> - 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 este dato 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 serán definidos por las normas de registro respectivas, si resultaran en diferente cantidad de dígitos, la cantidad de dígitos 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 o 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 asegurado	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
3	NumDITit	<u>Número de documento de identidad del Titular en la IAFAS</u> DNI ó 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 está 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	TipDAsg	<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



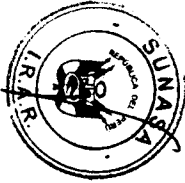


Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos.		Criterio de validación EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (Cx = CRITERIO x)	Módulo
				Inicial	Final		
5	NimDAsg	Número de documento de identidad del Usuario Reclamante. DNI ó Carné de extranjería del usuario que reclama En el caso de que sea 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 período máximo de 30 días, se consignará el número de documento de identidad de la madre. El valor en el campo debe de 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
6	TipAsg	Tipo de Aseguramiento a la IAFAS del Usuario Reclamante. Se consigna el tipo de Aseguramiento según los siguientes 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	Régimen del Usuario Reclamante 1. Régimen Substituido 2. Régimen Semicontributivo 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	Fecha nacimiento del usuario reclamante 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	Sexo del usuario reclamante 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	Ubigeo residencia del Usuario Reclamante. 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
11	TipVL	Tipo de vínculo laboral del titular del seguro 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

Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos.		Criterio de validación (x = CRITERIO X)	Módulo
				Inicial	Final		
12	RUCEmp	Número de RUC de la empresa o entidad empleadora. 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) sea 'regular' '1' o SCTR '7', el valor en el campo debe de 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 nueve '9s'.	IAFAS SUMASA
13	Del Reclamo FecRec	Fecha de presentación del reclamo Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	61	68	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 mayor al día del traslado del reclamo a la entidad competente.	C1.a C1.b C1.c C1.e C2
14	CorRR	Número Correlativo de Reclamo 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	CorCauEsp	Correlativo de causa específica 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	Fecha de traslado del reclamo a la entidad competente 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

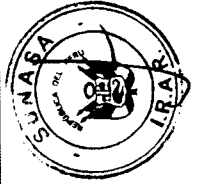


[Handwritten signature]



Nro del campo	Nombre del campo	Descripción	Long: Máxima	Pos.		Criterio de validación (C1 = CRITERIO x):	Módulo	
				Inicial	Final		IAPAS	SUMASA
17	CorREC	Número Correlativo de Reclamo en la entidad competente. 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	
18	ModRec	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. Modalidad de presentación del reclamo. 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	Detalle del servicio donde se origina el reclamo. Se consignará 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 IAPAS 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 caracteres diferentes a: 01 al 10	C1 --	
20	AmbRec	Ámbito o alcance del reclamo. Se consignará 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 caracteres diferentes a: 1, 2, 3, ó 4.	C1	
21	CausRec	Causa del Reclamo. Se consignará 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 caracteres diferentes a números.	C1 C2	
22	Monte	Monte del Reclamo. 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 involucre un monto se rellena el campo con "ceros"	7	100	106	C1. El valor en el campo contiene caracteres diferentes a números.	C1	

Nro	Nombre del campo	Descripción	Long. Máxima	Pos. Inicial	Pos. Final	Criterio de validación	
						EL DATO SE CONSIDERA INCONSISTENTE CUANDO (C.x = CRITERIO X).	Modulo IAFAS - SUMASA
23	AmpPiz	Requiere ampliación de plazo para la solución del reclamo "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	AmpPiz	Ampliación de Plazo - En los casos en que en AmpPiz se consigne "1" en este campo se consignará el número de días de ampliación del plazo establecido por la IPRESS o la IAFAS - En caso que en que en AmpPiz se consigne "0" en este campo se consignará también valor "0".	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	Estado del Reclamo. 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 al 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 caracteres diferentes a: 1, 2 ó 3.	C1 C2
26	ResRec	Resultado del Reclamo. 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: 1. Fundado 2. Infundado 3. Concluido anticipadamente (desistimiento, conciliación, arbitraje o transacción extra judicial) 4. Improcedente en los casos de: - 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	C1. El valor en el campo contiene algún tipo de carácter siendo que en el rubro anterior se consigno el numeral "2", "3" ó "4" C2. El valor en el campo no contiene ningún carácter siendo que en el rubro anterior se consigno el numeral "1" C3. El valor en el campo contiene un carácter diferente a los numerales "1", "2", "3" ó "4"	C1 C2 C3
27	FecRes	Fecha de resultado de solución del reclamo Se consigna la fecha si el proceso tiene la condición de resuelto. Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	111	118	C1. El valor en el campo está en blanco, siendo que en el campo 19 se ha consignado el numeral "1". 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 mayor al día del envío. C5. El valor en el campo contiene fecha menor que la consignada en el campo 9.	C1 C2 C3 C4
28	FecAct	Fecha de última Actualización del expediente Se consignará 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 Se consigna la fecha en el formato AAAAMMDD	8	119	126	C1. El valor en el campo está relleno con 'X'. C2. El valor en el campo contiene una fecha inválida (número de día no es permitido con respecto al año y mes). C3. La fecha de actualización es anterior a la fecha del reclamo.	C1 C2 C3



[Handwritten signature]



Código IPRESS/IAFA

Número Correlativo

Ficha de Reclamo en Salud

Área/Centro donde ocurre reclamo:

Datos Personales del Usuario Afectado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Fecha de Nacimiento

Sexo

Nombre y apellidos del Representante
(Cuando reclamo es realizado por Familiares o terceros)

Documento de Identidad

Documento Nacional de Identidad (DNI)

Carné de Extranjero

Pasaporte

Documento de Identidad Extranjero

Código de Recién Nacido

N°

Dirección

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento	Provincia	Distrito	Calle/Av./Jiron	Urb./Coop./AAHH	N°/Manz.	Lote/Interior

Datos a ser llenados por personal de la IAFA-IPRESS

Tipo de Aseguramiento del Usuario

 Seguro de salud Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito No AseguradoTipo de Régimen
(Solo si es Seguro de Salud) Contributivo Semicontributivo Subsidiado

Vínculo

(Solo si es seguro de Salud)

 Titular Derechohabiente Seguro Independiente/Potestativo

RUC del empleador

Causa del Reclamo

Código de Causa Específica

Código de IAFA que Financie atención

Código de IPRESS que brinda atención

Reclamo

Fecha de Ocurrencia del Evento relacionado al Reclamo

Fecha de Reclamo

Detalles del Reclamo



Documentos que se adjuntan

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

Firma del Reclamante

Huella Digital del Reclamante

Firma del Receptor