

# INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE RECLAMACIÓN

#  DEL LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

Los siguientes campos deben ser llenados por el reclamante:

**Fecha:** En este renglón se dejará constancia la fecha de presentación del Reclamo

1. **Identificación del Usuario**: Se identifica al usuario afectado o tercero legitimado.
2. **Identificación de quien presenta el Reclamo:** Pudiendo ser el usuario, su representante o tercer legitimado.
3. **Detalle del Reclamo:** Detallar los hechos que motivan el reclamo, así como se precise si adjuntan algún documento de sustento. En caso no sea suficiente el espacio para el llenado del detalle del reclamo, podrá continuar al reverso de la Hoja de Reclamación.
4. **Autorización de comunicación del resultado del reclamo al correo electrónico consignado:** Si la respuesta es afirmativa deberá de marcar en el espacio correspondiente con una X, ejemplo: SI (X); NO (X)
5. **Firma del Reclamante,** que deje constancia de la presentación del reclamo, en caso de persona iletrada consignar la huella digital. (Libro de Reclamaciones en Salud Físico)

 En el caso del Libro de Reclamación en Salud Virtual, no es exigible a la firma del reclamante. Su presentación está acredita con el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI), Carné de Extranjería (C.E.), pasaporte o Registro Único de Contribuyente RUC).

1. **Firma del Reclamante**, que deje constancia de la conformidad con la solución del reclamo a través del Trato Directo, y en caso de ser persona iletrada el responsable de Libro de Reclamaciones en Salud orientará al usuario para la consignación de la huella digital. (Libro de Reclamaciones en Salud Físico).

# Hazlo siguiendo estos simples pasos:

1. Ingresa a nuestro portal web [www.feban.net](http://www.feban.net/).
2. Ubícate en la parte inferior de la plataforma.
3. Haz clic en la opción “Libro de reclamaciones de SUSALUD” para descargar la solicitud.
4. Registra los datos de tu reclamo, con la información solicitada.
5. Imprime el formulario.
6. Coloca tu firma o huella dactilar.
7. Escanea el documento.
8. Finalmente envíanos tu reclamo a reclamaciones@feban.net. Atenderemos tu reclamo a la brevedad.

(Nombre de IAFAS /IPRESS / UGIPRESS)

…………………………………………………………………..…………………………………………………………..

**(Dirección del Establecimiento):** …………………………………………………………………..…………………………………………………………..

**…………………………………………..**

**HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD**

**N.º**

**SUSALUD**

**FECHA**

 **/ /**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGÍTIMO**

Nombre o razón social: ………………………….…………………… Email:………………………………………………

Domicilio:……………………………………………………………………. Teléfono: ………………………………………

Documento de Identidad: ( ) DNI, ( ) CE, ( ) PASAPORTE, ( ) RUC N.º Documento: …………………

1. **IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (EN CASI DE SER EL USUARIO AFECTADO, NO ES NECESARIO SU LLENADO)**

Nombre o razón social: ………………………………………………………………………………. Email:……………..

Domicilio:……………………………………………………………………………. Teléfono: ………………………………………

Documento de Identidad: ( ) DNI, ( ) CE, ( ) PASAPORTE, ( ) RUC N.º Documento: …………………

1. **DETALLE DEL RECLAMO (EN CASO DE NO SER SUFICIENTE EL ESPACIO, PODRÁ CONTINUAR AL REVERSO DE LA HOJA)**
2. **AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)**

 ****

SI ( ) NO ( )

1. **FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)**

FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA

1. **SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

**DETALLE DE LA SOLUCIÓN RECLAMANTE RESPONSABLE DEL LIBRO DE**

**RECLAMACIONES**

(Firma)

(FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA)

Las IAFAS o IPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles)

Estimado usuario, usted puede presentar su queja ante SUSALUD ante hecho o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho a la salud o cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o coberturas solicitadas o recibidas de las IAFAS o IPRESS o que dependan de las UGIPRESS pública, privada o mixta.

También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo o

hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje – CECONAR de SUSALUD.

El afiliado podrá autorizar de manera expresa el tratamiento de sus datos personales por parte del FEBAN, conforme a lo establecido en la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento. Dicha autorización podrá otorgarse a través de los medios habilitados para tal fin.