



LR-4817

04-07-2022

Diana Poma.



SOLICITUD DE QUEJA/RECLAMO

No. 000/3042/2022

DATOS INICIALES

Tipo de atención*

Reclamo

Reclamo: Disconformidad relacionada a los productos o servicios.
Queja: Malestar o descontento respecto a la atención.

Empresa*

Pacífico Salud EPS (Incluye SCTR Salud)

PPS: Pacífico Seguros Generales PV: Pacífico seguros de Vida (Incluye SCTR Vida)
EPS: Pacífico Salud EPS (Incluye SCTR Salud)

RUC

20431115825

DATOS DE LA PERSONA POR LA QUE SE PRESENTA EL RECLAMO (Asegurado, Paciente, Beneficiario)

Nombre(s)*

FIORELLA

Apellido Paterno*

ROSAS

Apellido Materno*

HUANAY

Sexo* ☐ M ☒ F

Fecha de nacimiento*

01/06/1988

Número de Poliza*

Razón Social

FIORELLA

Tipo de documento*

DNI

Nro de documento*

45711693

Dirección de correspondencia*

REMANZO MZ D LT 1

Departamento*

Lima

Provincia*

Lima

Distrito*

Puente Piedra

Teléfono Fijo

Teléfono Celular*

965682843

Correo Electrónico*

fiorellarosas0106@gmail.com

Tipo de Usuario:

Soy el asegurado y/o contratante

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

Fecha del incidente*

02/07/2022

Lugar del incidente(clínica, taller, otro)*

CLINICA JESUS DEL NORTE

Persona que realizó la atención

clinica jesus del norte

Queja/Reclamo presentado anteriormente ☐ Sí ☒ No

Tipo de seguro*

EPS Regular

Motivo de la queja/reclamo*

Otro reclamo no identificado

Detalle de lo ocurrido (max 2000 caracteres)*

El día sábado 02 de julio fui a la clínica Jesús del norte porque tenía todos los síntomas de tener covid y se supone que estamos en estado de EMERGENCIA a raíz del Covid 19. Me hicieron la prueba y salió positivo. Porque el seguro no me cubre al CIENTO POR CIENTO por casos de COVID? porque me hicieron pagar 89.70 soles como si no tuviera seguro. Entonces de que me sirve el seguro? en que me ayuda el seguro?

Lo que se espera por parte de Pacífico (max 500 caracteres)*

Quiero saber en que me beneficia pagar un seguro, si al final tengo que volver a pagar otra vez cuando voy atenderme a la clínica. Pago como si no tuviera seguro. Cuando me ofrecieron el seguro me dijeron que para casos de COVID 19 el seguro me cubría todo mis gastos y no es así. Solicito la devolución de los gastos 89.70 soles cobrados el día 2 de Julio cuando me atendí por emergencia por COVID 19.

Tipo de Moneda*

Soles

Monto reclamado

90

Número de cuenta (en caso aplique devolución)

Banco

Número de cuenta

*La cuenta debe estar a nombre del titular de la póliza.

Archivo adjunto

Ninguno"

Descripción de documentos adjuntados

-

Deseo recibir la respuesta a través de:

Correo Electrónico

¿Este formulario ha sido ingresado a través de un asesor de Pacífico en uno de los Centros de Atención al Cliente? ☐ Sí ☒ No

Fecha: 04.07.2022

Hora: 09.08 Hrs

Firma del Reclamante

Huella

Pacífico Salud EPS (EPS)

Las IAFAS, IPRESS O UGIPRESS debe atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles. Usted puede presentar su queja ante SUSALUD ante hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho a la salud, o cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o coberturas solicitada o recibidas de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS pública, privada o mixtas. 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.