

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C
R.U.C 20517738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004806

FECHA: **01 / 07 / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Francisco Antonio Ruiz Vento** E-MAIL: **faruizvento35@gmail.com**
DOMICILIO: **Enrique Palacios 625 Apto B Miraflores** TELEFONO: **912770054**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **22516304**

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Sami Francisco Ruiz Arcela** E-MAIL: **faruizvento35@gmail.com**
DOMICILIO: **13.1 Lt urb. San Diego - SMP** TELEFONO: **912770054**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **79371338**

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

- El reclamo es por las medicinas que cobran en su presupuesto Final, me estan cobrando las medicinas que asignaron en emergencia lo cual estan cubiertos al 100% por ser mi hija asegurada en Pacifico Seguros, no entregan detalle de las medicinas que pedir la lista de medicamentos y visualice que cobran las medicinas coberturadas al 100% por emergencia.

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI ☒ NO ()

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

Liz Astle
12:31 pm



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

**RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD**