

PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE SINIESTROS SCTR SALUD INDICE

ATENCION MEDICA POR ACCIDENTES DE TRABAJO	(Pág. 2)
ATENCION MEDICA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	(Pág. 3)
CAMBIO DE CENTRO MEDICO AFILIADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO	(Pág. 4)
TRASLADOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS AFILIADOS POR FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA	(Pág. 5)
APARATOS DE ORTESIS Y/O MEDICAMENTOS NO PROPORCIONADOS POR EL CENTRO AFILIADO	(Pág. 6)
REEMBOLSOS POR ATENCIONES EN CENTROS NO AFILIADOS	(Pág. 7)
ANEXOS	(Pág. 8)



PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE SINIESTROS SCTR SALUD

ATENCION MEDICA POR ACCIDENTES DE TRABAJO

1. Ante la ocurrencia de un accidente de trabajo, la empresa debe comunicarse inmediatamente con la Central de Emergencia de Mapfre (Servicio Integral de Asistencia 24 horas **SI24**) al teléfono:

SI-24

213 - 3333 Opción 1 (Lima)
0801 – 1 – 1133 (Provincias)

2. Se debe informar telefónicamente a la Central de Emergencia de Mapfre (SI24) el nombre de la empresa afiliada, nombre y DNI del trabajador accidentado, el tipo de lesión sufrida y lugar de ocurrencia.
3. La Central de Emergencia de Mapfre (SI24) va a sugerir (de ser necesario) los establecimientos de salud afiliados adecuados (por cercanía y capacidad resolutive) para la atención del caso y brindará un **código de autorización**.
4. Al llegar al centro afiliado se deberá informar en admisión el **código de autorización** proporcionado por la Central de Emergencia de Mapfre (SI-24), asimismo, se debe presentar el Formato N° 1 **“Solicitud de atención medica por accidente de trabajo” (Anexo 1 – Archivo PDF)** y el DNI del trabajador.
5. De no ser posible la comunicación inmediata a la Central de Emergencia de Mapfre (**SI24**), acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano al lugar del accidente, comunicando este hecho a la Central de Emergencia de Mapfre (**SI24**), para recomendarle la actuación de la empresa desde ese momento.



Si se tratase de un siniestro grave, designaremos a un procurador, quien se apersonará a la clínica y posteriormente al lugar de los hechos con el fin de recopilar información sobre el siniestro.

ATENCIÓN MEDICA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

Para brindar la cobertura del SCTR Salud por enfermedad profesional, el asegurado debe contar con el diagnóstico emitido por un especialista y además debe demostrarse la relación causa - efecto de la enfermedad referida con la actividad del trabajador (Listado de Enfermedades Profesionales):

1. Enviar al correo electrónico sctrsalud@mapfre.com.pe los siguientes documentos con el asunto “**Atención por enfermedad profesional <<nombre de asegurado>>**”:
 - a) Informe del médico especialista en el cual determine el diagnóstico de la enfermedad (Puede ser también un Examen de Salud Ocupacional)
 - b) Resultados de exámenes de ayuda diagnóstica realizados por el especialista.
 - c) Perfil ocupacional elaborado por la entidad empleadora en el cual se verifique la exposición al agente causante (**Anexo 2**).

2. Si el asegurado no cuenta con los documentos antes mencionados, pero es probable que sufra de una enfermedad profesional, debe seguir el siguiente procedimiento:
 - a) Debe atenderse bajo su régimen general de salud.
 - b) El médico tratante examina al paciente e indica los exámenes de laboratorio y/o imágenes que correspondan.
 - c) Con los resultados, el médico tratante debe elaborar un informe en el cual indica el diagnóstico de la enfermedad y el agente causante de la misma.
 - d) Enviar a MAPFRE los documentos indicados en el punto 1.



NOTA:

1. La **COVID – 19** solo se considera como enfermedad profesional si el asegurado se desempeña como **servidor de la salud**, en **Anexo 3** se detallan los puestos de trabajo que se consideran para la calificación de la causa efecto en este grupo de trabajadores.
2. El descarte de enfermedades profesionales no forma parte de la cobertura del SCTR Salud.

CAMBIO DE CENTRO MEDICO AFILIADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO

Si por algún motivo el asegurado decidiese continuar su tratamiento médico en un centro médico afiliado distinto al original, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Solicitar al centro origen un informe médico actualizado o su historia clínica completa.
2. Llamar a la central **SI-24** e indicar que está recibiendo tratamiento por SCTR Salud y que desea cambiar de centro médico (Indicar origen y destino). La central le proporcionará un código de autorización.

SI-24

213 3333 Opción 1 (Lima)
0801 – 1 – 1133 (Provincias)

3. Acercarse a la clínica destino e indicar que esta está cambiando de centro médico para continuar su tratamiento por SCTR y presentar los siguientes documentos:
 - a) Código de autorización proporcionado por la central de Mapfre.
 - b) Informe médico actualizado o su historia clínica completa de centro origen (Punto 1).
 - c) Solicitud de Atención Médica - Formato 1 firmado por el empleador.
 - d) Documento Nacional de Identidad (DNI).
4. Ante cualquier inconveniente, **en día laborable y horario de oficina (L-V de 9:00am a 5:30pm)** puede comunicarse con nuestras coordinadoras según el centro médico que corresponda, cuyos contactos detallamos en el **Anexo 4 - Briefing Equipo Coordinadoras (Archivo PDF)**.
Fuera de horario de oficina o en días no laborables, debe comunicarse con nuestra central telefónica **SI -24**.



TRASLADOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS AFILIADOS POR FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

Los traslados entre establecimientos médicos afiliados serán cubiertos por el SCTR-Salud cuando el médico tratante del establecimiento origen determine que no cuenta con la capacidad resolutive requerida para la atención del siniestro y sugiera el traslado a un centro mayor de capacidad resolutive.

Ante tal situación se debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Solicitar al centro médico origen el documento de referencia suscrito por el médico tratante, en el cual solicita el traslado del paciente a un centro de mayor capacidad resolutive.
2. Enviar el documento de referencia detallado en el punto anterior a los correos electrónicos si24superasistencia@mapfre.com.pe y sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto **“Traslado <<nombre del asegurado>>”**
3. Comunicarse con nuestra Central de Emergencia **SI-24**, brindar la información del caso y confirmar el envío del correo electrónico del punto anterior.

SI-24

213 3333 Opción 1 (Lima)
0801 – 1 – 1133 (Provincias)



4. Dependiendo de la ubicación, nuestra central telefónica coordinará con el proveedor adecuado la ejecución del traslado:
 - 4.1. Si en la zona no contamos con un proveedor que cumpla con el requerimiento del médico tratante, se coordinará con el centro médico origen el uso de su ambulancia o en su defecto se enviará una desde Lima.
 - 4.2. En caso el empleador cuente con un proveedor que pueda brindar el servicio de traslado con la celeridad que amerita el caso, puede contratar el servicio y posteriormente solicitar el reembolso a MAPFRE. Para tal fin deberá enviar al correo sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto: **“Reembolso por traslado <<Nombre de asegurado>>”** y adjuntar los siguientes documentos:
 - a) Solicitud de reembolso (Carta simple)
 - b) Formato 1 – Solicitud de atención médica.
 - c) Referencia médica emitida por el médico tratante, en la cual indique el traslado por falta de capacidad resolutive.
 - d) Facturas y/o boletas originales con conceptos detallados.

APARATOS DE ORTESIS Y/O MEDICAMENTOS NO PROPORCIONADOS POR EL CENTRO AFILIADO

En caso el médico tratante prescriba el uso de aparatos de Ortesis (muletas, silla de ruedas, bastones, plantillas, corsés, etc.) o medicamentos que no se encuentren en el stock del establecimiento afiliado, se debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Enviar un correo electrónico a sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto “**Ortesis y/o medicamentos <<nombre del asegurado>>**” y adjuntar la siguiente documentación:
 - a) Orden o receta médica.
 - b) Solicitud de Atención médica – Formato 1
 - c) Datos del asegurado y contacto (Dirección y teléfono)
2. **MAPFRE** coordinará con el proveedor adecuado el envío de productos prescritos al domicilio del asegurado o contacto indicado.
3. Posteriormente puede realizar el seguimiento a su solicitud enviando un correo a sctrsalud@mapfre.com.pe.



REEMBOLSOS POR ATENCIONES EN CENTROS NO AFILIADOS

Si por alguna razón el contratante o asegurado asume los gastos por la atención de un accidente de trabajo o enfermedad profesional cubierta por esta póliza, puede solicitar a MAPFRE el reembolso de estos gastos, para este fin debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Enviar un correo electrónico a sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto **“Reembolso SCTR <<nombre del asegurado>>”** y adjuntar la siguiente documentación:
 - a) Solicitud de Atención Médica – Formato 1.
 - b) Informe amplio y detallado del médico tratante.
 - c) Orden médica de exámenes auxiliares y receta de medicamentos.
 - d) Facturas originales de la asistencia médica y medicamentos a nombre de MAPFRE PERU SA EPS con RUC 20517182673.
2. Posteriormente puede realizar el seguimiento a su solicitud enviando un correo a sctrsalud@mapfre.com.pe.



NOTA: Es importante detallar en la solicitud el celular del solicitante y a nombre de quien se debe abonar el reembolso.

ANEXO 1 (Anexo sin comentarios en PDF aparte)

OFICINA PRINCIPAL
Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú
t (51 1) 213 7373, f (51 1) 2433 131
sctrsalud@mapfreperu.com
www.mapfreperu.com

Formato N° 1

 **MAPFRE** | EPS

solicitud de atención médica por accidente de trabajo

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud

PRIMERA ATENCIÓN (ACCIDENTE)

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO (CONTROL)

CODIFICACIÓN SE24

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL | RUC
DIRECCIÓN | TELÉFONO
E-MAIL | N° CONTRATO

DATOS PERSONALES DEL ACCIDENTADO

NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NAC: / /
DIRECCIÓN | DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°
ÁREA DE TRABAJO | PUESTO QUE OCUPA

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA | HORA | LUGAR | DENTRO DE EMPRESA FUERA DE EMPRESA

DESCRIBA BREVEMENTE COMO Y PORQUÉ OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

Declaración Jurada: Declaramos que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido ni ocultado ningún dato. Asimismo, certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud, que hemos contratado con **MAPFRE PERU EPS**.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE | FECHA | FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CENTRO ASISTENCIAL | FECHA ATENCIÓN | HORA

TIPO ASISTENCIA: HOSPITALARIA AMBULATORIA PARTE CUERPO LESIONADA (Ver reverso TABLA 1) | NATURALEZA LESIÓN (Ver Reverso TABLA 2)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CIE 10

OTROS DIAGNÓSTICOS | CIE 10

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

LAS LESIONES SUFRIDAS PUEDEN ATRIBUIRSE AL ACCIDENTE DE TRABAJO INDICADO EN ESTA SOLICITUD SI NO GRADO LESIÓN PRESUNTA: LEVE MODERADA GRAVE MUERTE

INCAPACITADO PARA EL TRABAJO SI NO TIEMPO PROBABLE DE INCAPACIDAD | DESTINO PACIENTE (Ver Reverso TABLA 3)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SI NO TIPO CIRUGÍA

REHABILITACIÓN SI NO TIPO TERAPIA | N° SESIONES / TIEMPO PROBABLE

APARATOS ORTOPÉDICOS SI NO ESPECIFIQUE (TIEMPO Y TIPO)

OBSERVACIONES GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO TRATANTE | CMP

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Este formato N° 1 es el único documento a presentar para atención médica por accidente de trabajo del SCTR, además del DNI del trabajador.
Posteriormente a la atención médica, la Entidad Empleadora deberá completar el formato N° 2 de Denuncia de accidente de trabajo, remitiéndolo en el plazo máximo de 24 horas vía Fax: 213-9143.
E-mail: sctrsalud@mapfreperu.com, Oficinas MAPFRE o Via Internet: <http://www.mapfreperu.com/intranet/login.asp>

CENTRO ASISTENCIAL

Indicar que trabajo realizaba, como ocurrieron los hechos y que consecuencias visibles ocasionó.

Firma de un representante de la empresa: Puede ser el encargado de RRHH, Gerente, Jefe o Responsable de Área, Trabajadora Social, Ingeniero de Prevención, Administrador a cargo.



ANEXO 2

Perfil Ocupacional

Que el señor: _____, identificado con DNI. N° _____, trabaja / trabajó al servicio de la Empresa _____, desde el _____ hasta _____, según se detalla a continuación:

Año	Área o Departamento	Ocupación	Tiempo de trabajo	Riesgos potenciales *

Fecha:



Firma del trabajador

Firma y Sello de la empresa

* En este campo se debe de detallar los riesgos que tuvo o está expuesto el trabajador como por ejemplo: exposición a polvos minerales, ruido, entre otros.

**** ESTE FORMATO SIRVE COMO EJEMPLO PARA LA ELABORACION DEL DOCUMENTO QUE DEBE DE PRESENTAR EN HOJA MEMBRETADA CON SELLO Y FIRMA DE UN REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA.**

ANEXO 3

Actividades **dentro del servicio de salud** que se consideran para determinar la causa-efecto entre actividad y enfermedad de la COVID 19:

1. Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud de los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y manejo de los casos sospechosos o confirmados con COVID-19 y que requieren ser atendidos por las diferentes unidades productoras de servicios de salud;
2. Personal que realiza vigilancia epidemiológica, que contempla actividades destinadas a la identificación clínica y de apoyo al diagnóstico de casos de COVID-19 y sus contactos, la gestión y manejo de residuos biocontaminados en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención;
3. Personal de la salud que participa en la toma de muestras de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 o realiza vigilancia epidemiológica en los laboratorios de referencia nacional y regional, así como en los órganos del Ministerio de Salud, Direcciones/Gerencias Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud y Direcciones de Redes de Salud;
4. Personal que realiza visita domiciliaria a los pacientes que reciben atención ambulatoria, que contempla la identificación de casos sospechosos de COVID-19, el seguimiento de casos positivos que se encuentren en manejo ambulatorio, así como el manejo prehospitario y el traslado de casos positivos con complicaciones;
5. Choferes que forman parte de los Equipos de Emergencia Rápida y personal que realiza el traslado de pacientes COVID-19;
6. Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que realizan el manejo del cadáver en los establecimientos de salud o similares y los que integran el Equipo Humanitario de Recojo de Cadáveres y;
7. Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que realiza visita domiciliaria en el primer nivel de atención;
8. Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales que realizan triajes diferenciados en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención;
9. Personal que realiza servicio de admisión;
10. Personal que realiza el mantenimiento, limpieza, despacho y entrega de los equipos e insumos en los establecimientos de salud relacionados al COVID-19;
11. Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que forman parte del Equipo de Acompañamiento Psicosocial para el Personal de la Salud; exceptuando aquellos cuya forma de atención no involucra exposición al contagio (Telesalud);
12. Profesionales y técnicos asistenciales de la salud de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

