

PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE SINIESTROS SCTR SALUD

INDICE

ATENCION MEDICA POR ACCIDENTES DE TRABAJO.....	2
ATENCION MEDICA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	3
CAMBIO DE CENTRO MEDICO AFILIADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO	4
TRASLADOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS AFILIADOS POR FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA....	5
APARATOS DE ORTESIS Y/O MEDICAMENTOS	6
SOLICITUD DE PROTESIS.....	7
REEMBOLSOS POR ATENCIONES EN CENTROS NO AFILIADOS	8
ATENCIÓN ESPECIALIZADA: REHABILITACIÓN Y QUEMADURAS.....	9
Medicina Física y Rehabilitación	9
Cirugía Plástica - Quemaduras	9
MEDICINA FÍSICA Y RED DE QUEMADOS.....	10
CONTACTOS Y NIVELES DE ATENCIÓN	11
¿QUÉ HACER SI LA COBERTURA DEL SINIESTRO ES RECHAZADA?	12
ANEXO 1 – SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE DE TRABAJO.....	13
ANEXO 2 – PERFIL OCUPACIONAL	15



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.

ATENCION 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:

El descarte de enfermedades profesionales no forma parte de la cobertura del SCTR Salud.

CAMBIO DE CENTRO MEDICO AFILIADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO /2da OPNION MEDICA

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. 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)

2. 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) Solicitud de Atención Médica - Formato 1 firmado por el empleador.
 - c) Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - d) Presentar toda la documentación médica que tenga a su disposición para una mejor evaluación (Opcional)



TRASLADOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS AFILIADOS POR FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

El SCTR Salud cubrirá los traslados entre establecimientos médicos afiliados solo cuando el médico tratante del centro de origen determine que no cuenta con la capacidad resolutive necesaria y recomiende el traslado a un centro de mayor complejidad.

Ante tal situación se debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Solicitar al centro médico de origen la referencia médica firmada, indicando la necesidad del traslado.
2. Enviar dicho documento al correo si24superasistencia@mapfre.com.pe con el asunto **"Traslado <<nombre de asegurado>>"**
3. Contactar a la Central de Emergencias SI-24 para informar del caso y confirmar el envío del correo.

SI-24

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

4. Coordinación del traslado:

- a) La Central coordinará con el proveedor adecuado según la ubicación.
- b) Si no hay proveedor disponible en la zona, se usará la ambulancia del centro médico origen o se enviará una desde Lima.
- c) Si el empleador cuenta con un proveedor que pueda realizar el traslado con la urgencia requerida, puede contratarlo y solicitar reembolso a MAPFRE.

5. Para el reembolso, enviar un correo a sctrsalud@mapfre.com.pe con asunto: **"Reembolso por traslado <<nombre de asegurado>>"**, adjuntando:

- a) Carta simple solicitando el reembolso
- b) Formato 1 – Solicitud de atención médica
- c) Referencia médica del traslado
- d) Facturas/boletas originales con detalle de conceptos



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.



SOLICITUD DE PROTESIS

En caso el médico tratante prescriba el uso de una prótesis, se debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Enviar un correo electrónico a sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto **“Prótesis <<nombre del asegurado>>”** y adjuntar la siguiente documentación:
 - a) Solicitud de Atención Médica - Formato 1 SCTR
 - b) Orden médica de prótesis.
 - c) Informe médico traumatológico
 - d) Informe médico de medicina física y rehabilitación.
 - e) Radiografía de zona afectada.
 - f) Datos del asegurado y contacto (Correo electrónico y celular)
2. **MAPFRE** coordinará evaluación virtual con especialista en Medicina Física y Rehabilitación para determinar características idóneas de la prótesis prescrita e informará al asegurado y/o solicitante la fecha y hora de video llamada.
3. Especialista envía informe final y Mapfre coordina con ortopedia para toma de medidas y elaboración de prótesis.



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) Orden médica de exámenes auxiliares y receta de medicamentos.
 - c) Facturas originales de la asistencia médica y medicamentos a nombre de MAPFRE PERU SA EPS con RUC 20517182673 ó asegurado ó empresa contratante.
2. En correo electrónico detallar:
 - a. Nombre y DNI de la persona la cual se debe abonar el reembolso.
 - b. Nro de cuenta bancaria y CCI de la persona detallada en el punto anterior.



ATENCIÓN ESPECIALIZADA: REHABILITACIÓN Y QUEMADURAS

Medicina Física y Rehabilitación (Lima)

En caso el médico tratante derive a interconsulta con la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación (MFyR), el asegurado puede solicitar una cita por esta especialidad en nuestra red especializada:

1. Llamar a la central 213 3333 (opción 4) y programar su cita en el Centro Médico MAPFRE más cercano de la red autorizada (Ver pag. 10).
2. Posterior a ello, debe acercarse al Centro Médico indicado presentando lo siguiente:
 - a. Solicitud de Atención médica – Formato 1
 - b. Orden de interconsulta a MFyR.
 - c. Presentar toda la documentación médica que tenga a su disposición para una mejor evaluación (Opcional)
 - d. Documento de Identidad (DNI)

En provincia nuestros asegurados se pueden atender por MFyR en cualquier centro que aparezca en el listado digital ([link](#)).



Cirugía Plástica – Quemaduras (Lima)

Todos los siniestros SCTR por quemaduras deben ser derivados a la Red Especializada:

- Clínica Higuiereta
- Clínica Vesalio
- Clínica AVIVA Lima
- Clínica AVIVA Los Olivos

En provincia nuestros asegurados se pueden atender por quemaduras en cualquier centro que aparezca en el listado digital ([link](#)).

MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN Centros Médicos MAPFRE



Centros Médicos MAPFRE Independencia

Av. Industrial Mz. D, Lt.
12 - Independencia



Centros Médicos MAPFRE San Miguel

Ca. Cardenal Guevara
132 - San Miguel



Centros Médicos MAPFRE Magdalena

Av. Javier Prado Oeste
2501 - Magdalena



Centros Médicos MAPFRE Surco

Av. Caminos del Inca
238 - Santiago de Surco



RED QUEMADOS Y CIRUGÍA PLÁSTICA



Clínica Higuiereta

Av. Alfredo Benavides
Nº 2949 - Miraflores



Clínica Vesalio

Jr. Joseph Thompson Nº
140 - San Borja



Clínica Aviva Sede Los Olivos

Av. Alfredo Mendiola Nº
6301 - Los Olivos



Clínica Aviva Sede Colonial

Av. Colonial Nº 443 -
Cercado de Lima



Ante cualquier inconveniente que se presente en el proceso de atención se pueden comunicar con los siguientes contactos:

1. Dentro del horario de oficina (**L-V de 9:00am a 5:30pm**): Coordinadoras según el centro médico que corresponda, contactos detallados en el **[Anexo 3 - Briefing Equipo Coordinadoras \(Archivo PDF\)](#)**.
2. Fuera de Horario de oficina: Central Telefónica **213-3333 opción 1**

¿QUÉ HACER SI LA COBERTURA DEL SINIESTRO ES RECHAZADA?

Si la cobertura es rechazada el asegurado puede solicitar a MAPFRE una reconsideración del siniestro o iniciar un reclamo formal ante SUSALUD, para este fin debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Como primer paso, se puede solicitar una reconsideración:
 - a. Enviar al correo electrónico sctrsalud@mapfre.com.pe con el asunto **“Reconsideración siniestro - <<NOMBRE DEL ASEGURADO>>”**.
 - b. En este correo se debe indicar detalladamente la no conformidad con nuestro pronunciamiento rechazando la cobertura y los motivos para reconsiderarla.
 - c. Se debe adjuntar como anexo los sustentos correspondientes (Informe médico, resultados de exámenes, entre otros).
 - d. Se contará con quince (15) días hábiles para responder la reconsideración, contados a partir del día siguiente en que se haya recibido.
2. Si Mapfre mantiene su posición de rechazo, puede acudir al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el cual se encuentra ubicado en la Av. Nicolás de Piérola N° 389 – Cercado de Lima.



OFICINA PRINCIPAL

Avenida Aramburuz 543, Miraflores Lima Perú

T 511 1 213 7573 F 511 2435131

edsabid@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 E94

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°

DÍA DE TRABAJO

PUERTO O IF OTRO

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA

HORA

LUGAR

 CENTRO 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 **NAPFRE PERU EPS**.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE

CARGO

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 SUFICIENTES PUEDEN ATENDIRSE AL NIVEL DE ATENCIÓN NIVEL DE ATENCIÓN

 SI ☐

 NO ☐
GRADO LESIÓN PRESUNTA

 LEVE ☐

 MODERADA ☐

 GRAVE ☐

 MUERTE ☐
INAPACITADO PARA EL TRABAJO

 SI ☐

 NO ☐

TIEMPO PROBABLE DE INCAPACITACIÓN

DESTINO HACERSE (Ver Reverso TABLA 3)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

 SI ☐

 NO ☐

TIPO CIRUGÍA

REHABILITACIÓN

 SI ☐

 NO ☐

TIPO TERAPIA

Nº SESIONES / TIEMPO PROGRAMADO

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 con SCTR, además del ONI 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: 213-5143. E-mail: edsabid@mapfreperu.com, Oficina MAPFRE a Vía Internet: <http://www.mapfreperu.com/intranet/login.asp>

CENTRO ASISTENCIAL

tablas

TABLA 1: PARTE DEL CUERPO LESIONADA

201	REGIÓN CRANEANA (CRÁNEO-CUERO CABELLUDO)	236	HOMBRO (INCL. DE CLAVÍCULAS, OMÓPLATO Y AXILA)	249	MIEMBRO INFERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES
202	OJOS (INCL. DE LOS PÁRPADOS, LA ÓRBITA Y EL NERVO)	237	BRAZO	250	APARATO CARDIOVASCULAR EN GENERAL
206	BOCA (CON INCLUSIÓN DE LABIOS, DIENTES Y LENGUA)	238	CODO	270	APARATO RESPIRATORIO EN GENERAL
209	CARA (UBICACIÓN NO CLASIFICADA EN OTRO EPÍGRAFE)	239	ANTEBRAZO	280	APARATO DIGESTIVO EN GENERAL
210	NARIZ Y SENOS PARANASALES	239	MUÑECA	300	SISTEMA NERVIOSO EN GENERAL
212	APARATO AUDITIVO	239	MANO (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	333	MAMAS
215	CABEZA, UBICACIONES MÚLTIPLES	239	DEDOS DE LAS MANOS	334	APARATO GENITAL EN GENERAL
216	CUELLO	239	MIEMBRO SUPERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES	335	APARATO URINARIO EN GENERAL
220	REGIÓN CERVICAL	240	CADERA	340	SISTEMA HEMATOPOYÉTICO EN GENERAL
221	REGIÓN DORSAL	241	MUSLO	350	SISTEMA ENDOCRINO EN GENERAL
222	REGIÓN LUMBOSACRA (COLUMNA VERT. Y MÚSCULOS)	242	RODILLA	360	PIE (SOLO AFECIONES DÉRMICAS)
223	TÓRAX (COSTILLAS, ESTERNÓN)	243	PIERNA	370	SISTEMA LINFÁTICO EN GENERAL
224	ABDÓMEN (PARED ABDOMINAL)	244	TOBILLO	380	APARATO PSIQUICO EN GENERAL
225	PELVIS	245	PIE (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	381	UBICACIONES MÚLTIPLES (COMPROMISO DE DOS O MÁS ZONAS AFECTADAS)
229	TRONCO, UBICACIONES MÚLTIPLES	245	DEDOS DE LOS PIES		

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESIÓN

401	ESCORIACIONES	410	LUXACIONES	419	EFFECTOS DE LA ELECTRICIDAD
402	HERIDAS PUNZANTES	411	FRACTURAS	420	EFFECTOS DE LA RADIACIONES
403	HERIDAS CORTANTES	412	AMPUTACIONES	421	DISFUNCIONES ORGÁNICAS
404	HERIDAS CONTUSAS	413	GANGRENAS	422	LUMBALGIAS
405	HERIDAS DE BALA	414	QUEMADURAS	423	HERNIAS DISCALES
406	PERDIDA DE TEJIDOS	415	CUERPO EXTRAÑO EN OJOS	424	CONJUNTIVITIS
407	CONTUSIONES	416	ENUCLEACIÓN (PERDIDA OCULAR)	425	EXPOSICIÓN AL MEDIO AMBIENTE
408	TRAUMATISMOS INTERNOS	417	INTOXICACIONES	426	DERMATITIS
409	TORCEDURAS Y ESGUINCES	418	ASFIXIA	499	OTROS (ELABORAR INFORME ESPECIAL)

TABLA 3: DESTINO PACIENTE

601	DOMICILIO	603	CONSULTA AMBULATORIA (CONTROL)	605	SALA OBSERVACIONES
602	HOSPITALIZACIÓN	604	TRASLADO OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD		

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.**