

**FORMULARIO PARA TRAMITE DE
CANJE DE CERTIFICADOS MEDICOS PARTICULARES**

CENTRO ASISTENCIAL

FECHA NIT

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Autogenerado Documento de Identidad
Tipo (ver tabla N° 1) N° Género F M Edad

Empleador Trabajo Habitual

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Afiliado a: **SALUD** **ESSALUD** **EPS** **SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)** **ESSALUD** **EPS**

Indique el nombre de la EPS Indique el nombre de la Aseguradora

II. CONTINGENCIA **SALUD** **SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo)**

Enfermedad Común Accidente Común Maternidad Accidente de Trabajo Enfermedad Profesional

III. PERIODO(S) A CANJEAR:

1. Del: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Al: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Total de días <input type="text"/>	2. Del: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Al: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Total de días <input type="text"/>
3. Del: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Al: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Total de días <input type="text"/>	4. Del: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Al: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Total de días <input type="text"/>

IV. REQUISITOS GENERALES (Obligatorios para todo trámite) :

- 1. Estar adscrito al Centro Asistencial. (En caso exista CEVIT, el CC.AA. deberá integrar el ámbito de influencia del mismo)
- 2. Acreditar la vigencia del derecho en el momento de la contingencia. En caso de Maternidad en el mes de la concepción.
- 3. Presentar Documento de Identidad original del titular, ó copia simple si el trámite lo realiza un tercero.
- 4. Presentar Documento de Identidad original de quién realiza el trámite (si no es el titular).
- 5. Presentar Certificado Médico Particular membretado expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC
- 6. Presentar Certificado Médico Particular visado o apostillado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- 7. Recibo por honorarios profesionales, factura o boleta de venta de la atención recibida. En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentarán los documentos que sustenten la atención recibida (Ejm: Reporte de consumo por afiliado, pre-liquidación ambulatoria, liquidación de gastos, orden de atención en farmacia, etc.).

En caso de incapacidad temporal

- 8. En el caso de realizar el primer canje del año, fotocopia de los certificados médicos que sustenten los 20 primeros días o carta del empleador en la que declara haber asumido el pago de los mismos.
- 9. Fotocopia de receta médica de la fecha de la atención.
- 10. Fotocopia de exámenes de laboratorio.
- 11. Fotocopia de diagnostico por imágenes.
- 12. Informe Médico en el formato de EsSalud que justifique el impedimento, Reporte Operatorio en caso de Cirugías, Epicrisis en caso de Hospitalización.
- 13. Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado (Datos del Trabajador Accidentado, Datos de la Entidad Empleadora, Datos del Accidente y Certificación Médica). A partir del segundo canje una Solicitud de Atención Médica por cada certificado (sólo para afectos al SCTR).

En caso de Maternidad

- 14. Fotocopia del informe ecográfico mayor a las 30 semanas de gestación.
- 15. Constancia de Embarazo Normal en el formato de EsSalud, (en caso de diferimiento)

En caso el trámite se realice después de las 72 horas de otorgado el Certificado Médico Particular

- 16. Solicitud dirigida al Director del CC.AA. o al Jefe del CEVIT, según corresponda, sustentando los motivos para la excepción..

V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

Apellidos y Nombres de quién realiza el trámite Teléfono – Anexo / Celular Documento de Identidad

Dirección - Distrito Correo electrónico

Tipo (ver tabla N° 1)

Total de folios En Números En Letras

FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

VI. OBSERVACIONES (A ser llenado exclusivamente por EsSalud)

Total de folios En Números En Letras

FIRMA DE CARGO DE DEVOLUCION