

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
MEDICAR WORK de Nueva Mutual de Servicios
(UN.MU:SE.)**

DESCUENTOS A CARGO DE MEDICAR WORK:	
AMBULATORIO.:	100% (Cien por ciento)

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
<ul style="list-style-type: none">DOCUMENTO DE IDENTIDAD, RECETA , COPIA DE DENUNCIA DE ACCIDENTE y/o CREDENCIAL	

RECETARIO	
<ul style="list-style-type: none">CONVENCIONALDEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:<ul style="list-style-type: none">NOMBRE DE LA ENTIDAD (Medicar Work)Nombre y Apellido del paciente.Número de DOCUMENTO ó CUILNombre y CUILMedicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.Fecha de prescripción.DIAGNÓSTICO (su ausencia es motivo de débito)Toda corrección o enmienda a la receta deberá ser salvada por el médico con sello y firma.	

VALIDEZ DE LA RECETA	
30 (diez) días desde de la fecha de prescripción.	

LÍMITES DE CANTIDADES	
<ul style="list-style-type: none">CANTIDAD DE RENGLONES: Sin límite.POR RECETA: Sin límite.POR RENGLÓN: Sin límite.ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: hasta 10 envasesANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: hasta 10 envases	

LÍMITES DE TAMAÑOS

- El de menor tamaño

OTRAS ESPECIFICACIONES**CUANDO EL MÉDICO**

No indica tamaño
Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido
La tamaño SIGUIENTE AL
MENOR

El tamaño inmediato inferior

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- **Adjuntar copia del ticket de venta, factura u otro comprobante que acredite el expendio realizado.**

MEDICAMENTOS FALTANTES:

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En los casos que el faltante sea debido a circunstancias del mercado, la farmacia deberá contactar al profesional médico para notificar esta situación.

COBERTURA:

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican sobre todas las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos y MEDICAR WORK también cubre al 100% de descuento elementos descartables relacionados con la patología denunciada y de acuerdo al diagnóstico médico.**

MUY IMPORTANTE

- En caso de suministrar medicación en la cual, existan considerables diferencias de valor (a misma cantidad y presentación), se abonará la de menor valor establecido.
 - Las prescripciones deberán respetar la ley de genéricos 25649
 - **PRODUCTOS Y MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA:**
 - Prótesis gástricas y anti ulcerosos
 - Aines en gel o de uso local
 - Antitetánicas
 - Retrovirales
 - Vitaminas, suplementos hormonales
 - Anticinetósitos
 - Medicación neurológica o Psiquiátrica
 - Ácido Hialurónico
 - Órtesis, inmovilizadores, botas Walker, musleras, muñequeras, rodilleras, etc.
- En el caso de utilizar medicamentos de alto costo y baja incidencia (antibióticos de tercera generación, anticoagulantes, sueros, etc), a menos de estricta indicación por urgencia médica, se solicitara autorización previa
- **SI EL IMPORTE TOTAL DE LA RECETA SUPERA LOS \$ 60.000 (pesos un mil) se deberá solicitar autorización telefónica.**

TELEFONO PARA SOLICITAR AUTORIZACIONES LAS 24 HS DEL DÍA:

0810-444-9675

MODELO DE CREDENCIAL



MODELO DE DENUNCIA DE SINIESTRO



NUEVA MUTUAL DE SERVICIOS

DENUNCIA DE ACCIDENTES - Continuación (lionelaa)

(Paso 2/2)

Contacto: DORFLINGER WALTER RUBEN

TRANSACCION: 161108431481

Asociado

CHAIB WALTER DARIO

Datos del accidentado

Apellido y Nombre

MACCIO JORGE SANTOS

Asistencia Médica y Farmacéutica HASTA \$10000

Fecha de accidente

08/11/16

Tarea Habitual

techista

Fecha de ingreso a la empresa

Hora

Lugar de ocurrencia

351/6505536

Detallar forma de ocurrencia y lesiones sufridas

Estaba arriba del techo cuando cae, desde 3 mts de altura aprox, golpeando la cabeza con pérdida de conocimiento

Accidente in-itinere

Actuación policial Si No

Seccional

Nombre del médico o establecimiento que prestó la primera atención

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Certificado Médico

Salir