Normas de atención

MEDICAR WORK

MEDICAR WORK de Nueva Mutual de Servicios (UN.MU:SE.)

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA 11 5912-4316

DESCUENTO A CARGO DE MEDICAR WORK	
AMBULATORIO	100% (Cien por ciento)

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD, RECETA , COPIA DE DENUNCIA DE ACCIDENTE y/o CREDENCIAL



RECETARIO	
TIPO DE RECETA	CONVENCIONAL
VALIDEZ	30 (diez) días desde de la fecha de prescripción.



Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- NOMBRE DE LA ENTIDAD (Medicar Work)
- Apellido y nombre del paciente.
- Número de DOCUMENTO ó CUIL
- Medicamentos 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 debe estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	Sin limites.
POR RECETA	Sin limites.
POR RENGLÓN	Sin limites.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	hasta 10 envases.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	hasta 10 envases.

LÍMITES DE TAMAÑOS

Sin limites.

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor valor.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse 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).

Cada receta debe estar acompañada de la copia de ticket o factura (B ó C) coincidente con lo dispensado.

IMPORTANTE A TENER EN CUENTA: respetar la ley de genéricos 25649

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 informar esta situación al beneficiario.

EXCLUSIONES

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.

PRODUCTOS Y MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Prótesis gástricas y anti ulcerosos
Aines en gel o de uso local
Antitetánicas
Retrovirales
Vitaminas, suplementos hormonales
Anticinetósicos
Medicación neurológica o Psiquiátrica
Acido hialuronico

No obstante toda medicación que supere el costo de PESOS OCHENTA MIL ($80000) deberá contar con autorización previa antes de ser entregado.

TELÉFONO PARA SOLICITAR AUTORIZACIONES LAS 24 HS DEL DIA: 0810-444-9675

IMPORTANTE

Los afiliados, en caso de accidente, se presentan **con copia de denuncia, y/o credencial, y con receta médica**, por lo que se entregarán los medicamentos en un **100%**, salvo en caso de pedido de prótesis, inmovilizadores, botas de walker, musleras, muñequeras, rodilleras etc., en el que deberán solicitar autorización, al 0810 444 9675 las 24hs del día los 365 días del año.

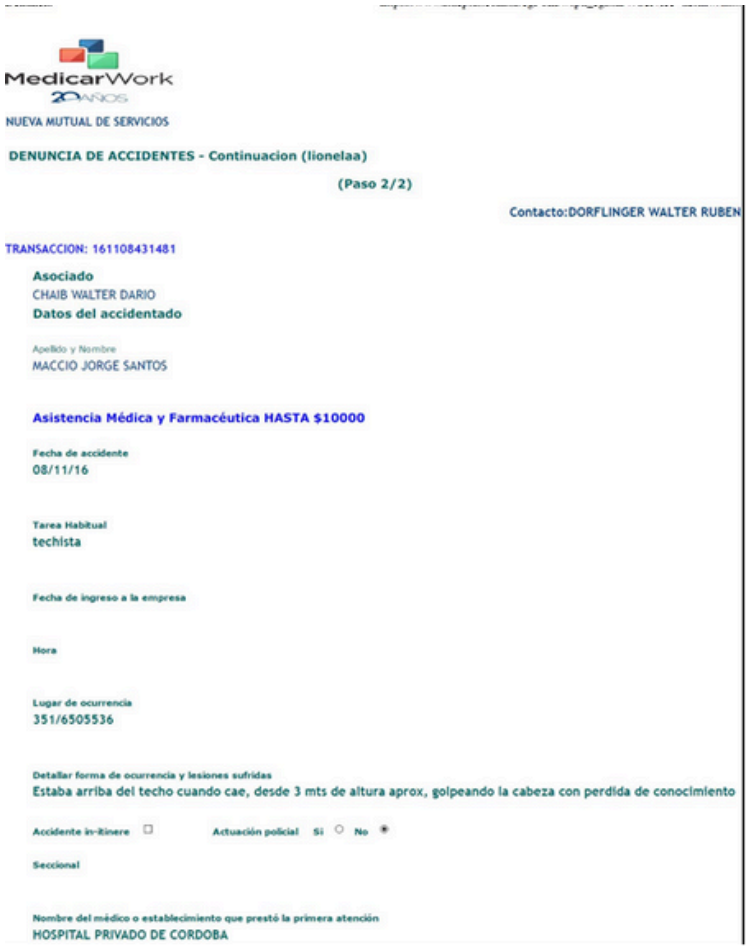
No es necesario adjuntar COPIA DE LA DENUNCIA DEL ACCIDENTE.

- Si bien NuMuSE no cuenta con Vademecum propio, 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. Le recordamos que la cobertura es al 100%, es decir que el afiliado no debe abonar bajo ningún concepto, la medicación que está relacionada con su patología.
- 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 medica, se solicitara autorización previa.
- Para caso puntual de heridas limpias, y que no haya estricta indicación de colocación de inmunoglobulina antitetánica, solo se reconocerá la aplicación de la vacuna.

MODELO DE CREDENCIAL



MODELO DE DENUNCIA DE SINIESTRO



MedicarWork
20 AÑOS

NUEVA MUTUAL DE SERVICIOS

DENUNCIA DE ACCIDENTES - Continuacion (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 perdida de conocimiento

Accidente in-itinere ☐ **Actuación policial** Si ○ No ◉

Seccional

Nombre del médico o establecimiento que prestó la primera atención
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA