



MANUAL DEL USUARIO



TABLA DE CONTENIDO

Introducción	
Objetivo	
Presentación	
Quienes somos.....	1
Definiciones.....	1
Nuestro servicio	2
Como solicitar servicio medico	3
Teléfono dirección de contacto	4
Reembolsos.....	5
Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones - PQR ´S.....	6
Retiros, cancelación o exclusiones.....	6
Negación de los servicios.....	7
Derechos y deberes de los afiliados.....	7
Solicitud de copia de historia clínica.....	8



INTRODUCCION

En este documento se describirá información clara y precisa referente al servicio que ofrece **M.G.** para sus afiliados.

En el entendido de que nuestra finalidad es brindar el servicio de consulta externa de medicina general domiciliaria con alta calidad humana, eficiencia y eficacia, a todas aquellas personas que ya cuentan con nuestro servicio y para quienes deseen hacer parte de nuestra empresa como usuarios.

Por ende es de alta importancia la consulta del presente Manual ya que le permitirá una amplia información de su interés.

OBJETIVO

El objetivo de este manual es proporcionar al usuario orientación e información, con respecto al servicio que ofrece **M.G.** El cual le permitirá resolver dudas en los temas que se enuncian en la tabla de contenido.

DESCRIPCION DE MANUAL

El manual de usuario aquí mencionado hace referencia a un documento anexo al clausulado contractual firmado entre **M.G.** y nuestros afiliados, pretende que el conocimiento del mismo permita mejorar nuestro servicio.

QUIENES SOMOS

M.G. es una entidad que nació con el fin de prestar servicio de consulta externa de medicina general domiciliaria, con eficiencia y eficacia para sus familias.

Nuestra inspiración, motivación es contar con usted y su familia como usuarios, razón por la cual trabajaremos día a día con el firme propósito de suplir sus necesidades desde el lugar que nos requieran según la cobertura de **M.G.**

DEFINICIONES

CONTRATANTE: Toda persona natural o jurídica que celebra el presente CONTRATO para su beneficio individual, familiar y/o colectivo.

USUARIO: Toda persona que haya sido aceptada en calidad de afiliado, en virtud de un CONTRATO celebrado por quien tenga calidad de CONTRATANTE, para beneficio colectivo o individual.

MEDICO: toda persona que de acuerdo con la legislación colombiana, haya obtenido título universitario para el ejercicio de la medicina, o que habiendo obtenido dicho título en un país extranjero, lo haya validado legalmente en Colombia y en ambos casos con tarjeta profesional vigente.

ACTO MEDICO: La conducta de un médico en ejercicio de su actividad profesional, en forma independiente y autónoma, bajo su exclusiva responsabilidad adoptada para fines de diagnóstico o tratamiento.

ASISTENCIA DOMICILIARIA: servicio médico asistencial que se presta en su domicilio para atender una condición clínico-patológica dada.

CONSULTA: acto médico mediante el cual se valora la condición clínico-patológica de un paciente y sus antecedentes de salud, con el fin de confirmar o establecer un diagnóstico y adoptar una conducta.

PREEXISTENCIA: Se considera toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación.

ACTIVIDAD DE MEDIO: Es el conjunto de actos médicos con los cuales el médico pretende un beneficio para el paciente, pero sin que puedan garantizarse los resultados esperados.

ANEXOS: Todos aquellos documentos que se emiten para completar, adicionar, suspender, renovar o terminar el CONTRATO.

PERIDO DE CARENCIA: Es el periodo de tiempo que tiene que transcurrir desde la afiliación del usuario, hasta la adquisición del derecho para recibir la prestación de servicio.

CUOTA MODERADORA: Es de su valor en dinero que hace un usuario al utilizar el servicio equivalente a una parte de su valor y cuya finalidad es regular la utilización y el buen uso del servicio médico.

NUESTRO SERVICIO

Una vez haga parte de nuestra empresa **M.G.** como usuario podrá contar con el siguiente servicio:

ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA.

Ante una alteración de su estado habitual de salud como por ejemplo; Amigdalitis, bronquitis aguda, estados febriles, infecciones de oído, gripas, dolor de cabeza,

malestar general etc. Que requieran de una atención médica de medicina general es un gusto para nuestro equipo de profesionales atenderlos en el lugar donde se encuentre siempre y cuando se halle en el perímetro urbano establecido por **M.G.**

COMO SOLICITAR EL SERVICIO

Para acceder a nuestro servicio marque los siguientes números y en el horario durante la vigencia del contrato.

Teléfonos: 3166258482 3016389108
Horario: Las 24 horas.
Riohacha – La guajira

Tener en cuenta antes de solicitar el servicio;

- Tener a la mano los datos personales del paciente y/o afiliado
- Tenga clara la ubicación donde se atenderá el servicio con el fin de una rápida atención.
- Recuerde encontrarse al día con los pagos del contrato y tener vigente el plan de salud bien sea régimen contributivo o subsidiado.

Durante la atención

- Atienda las instrucciones impartidas por el profesional de salud.
- Si el paciente es menor de edad, debe estar acompañado de sus padres, tutores o adultos delegados por ellos. De igual manera si el paciente se encuentra en condición de discapacidad leve, moderada o severa, el acompañante debe hacerse cargo de los trámites administrativos.
- Propicie un espacio adecuado para el desarrollo de la atención, basado en al respecto mutuo.

Al finalizar la atención

- Recuerde siempre firmar la historia clínica
- Tenga en cuenta las recomendaciones médicas.
- Es importante tomar los medicamentos según la prescripción médica.

TELÉFONO DIRECCIÓN DE CONTACTO

M.G. pensando en su comodidad y servicio ha establecido los siguientes datos de contacto:

Teléfonos: 3166258482 3016389108
Horario: Las 24 horas.
Calle 14c #12b-45
Riohacha – la guajira



REMBOLSOS

Aplica en los siguientes casos:

Cuando **M.G.** haya facturado por error, un valor diferente del pactado contractualmente.

Cuando el contratante excluya y/o cancele a uno o más de los usuarios de su contrato, por fallecimiento o salida definitiva del país, y el pago lo haya efectuado anticipadamente por más de un periodo mensual.

Cuando el contratante por error, haya consignado un mayor valor al liquidado o facturado por **M.G.** el cual será abonado a su próxima cuota.

En cualquiera de estos casos usted debe allegar carta física firmada por el titular del contrato, adjuntando certificado de defunción en caso de fallecimiento o cualquiera otra prueba documental válida que permita corroborar la pertinencia de la devolución o compensación, y radicarla en nuestra oficina o enviarla escaneada con firma al e-mail: mg.asistenciamedica@gmail.com

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.

Para **M.G.** la prioridad son sus usuarios y la prestación del servicio, por lo tanto estará presto a cualquier PQRS, (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias) que usted desee poner en conocimiento sobre alguna situación o evento bien sea referente a sus novedades de su contrato, comercial o administrativo o cualquier otro, puede realizarlo mediante el siguiente medio:

M.G. responderá al peticionado mediante e-mail: mg.asistenciamedica@gmail.com

RETIROS, CANCELACIÓN O EXCLUSIONES

Para **M.G.** este proceso se podrá realizar con contratos de personas naturales los cuales serán;

- ✓ Dar aviso a **M.G.** mediante los canales de contacto, quince (15) días antes del corte de su facturación, por medio de carta física, o e-mail con firma del contratante al presente correo mg.asistenciamedica@gmail.com es de aclarar que el contratante asume la responsabilidad de pagar hasta el momento en que efectivamente se realice la exclusión.
- ✓ No se atenderán solicitudes que no provengan del contratante o titular del contrato.
- ✓ La cancelación del servicio no implica la terminación del contrato (cláusula 9 del contrato)

NEGACIÓN DE LOS SERVICIOS

M.G. negará la prestación del servicio contratado en los siguientes casos:

- ✓ No pago de las cuotas pactadas (en mora) del contrato.
- ✓ Cuando se solicite servicio para una persona que no se encuentra incluida en el contrato registrado con **M.G.**
- ✓ Cuando la solicitud del servicio se encuentre fuera de la zona de cobertura establecida por **M.G.**
- ✓ Cuando se solicite el servicio dentro del periodo de carencia establecido en la minuta del contrato.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS

Derechos De Los Pacientes.

Un trato personalizado, digno, humano y ético, no ser discriminado por su raza, política, cultura o estado de salud, la cercanía de su familia, ser informado a todo lo relacionado con su salud, una comunicación clara y comprensible, la privacidad de la información de su historia clínica.

Deberes de los pacientes.

Brindar un trato respetuoso y digno al personal asistencial, informar de forma clara y oportuna lo relativo a su estado de salud y deterioro físico, hacer uso racional de los recursos.

SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Para realizar esta solicitud Ud. Debe tener en cuenta:

-Si quien solicita es el paciente debe anexar:

- 1- Copia del documento de identidad.

-Si es un familiar o representante legal y el paciente es un menor de edad debe anexar:

- 1- Copia del documento de identidad del paciente.
- 2- Copia del documento de identidad del solicitante.
- 3- Registró civil (con parentesco).
- 4- Certificado legal que lo identifique como representante legal del menor.

-Para un tercero con paciente menor de edad debe anexar:

- 1- Copia del documento de identidad del paciente.
- 2- Copia del documento legal que lo identifique como padre, madre o representante legal del menor.
- 3- Copia del documento de identidad del autorizado.
- 4- 4-carta de autorización firmada por el padre o la madre o representante legal del menor y la persona autorizada.

-Para un tercero con paciente mayor de edad debe anexar:

- 1- Copia del documento de identidad del paciente.
- 2- Copia del documento de identidad del autorizado.
- 3- Carta de autorización firmada por el paciente y la persona autorizada.

-Si el paciente ha fallecido debe anexar:

- 1- Copia del documento de identidad del solicitante.

- 2- Copia del registro civil (con parentesco), certificado de matrimonio, certificado de unión marital o certificado legal que lo identifique como representante legal, según el caso, para aclarar el parentesco.
- 3- Copia del certificado de defunción.