

(30/06/2022)

BONIFICACIÓN

Las farmacias harán un 7% de bonificación sobre el 100% de la receta.

EN PANDEMIA

Se acepta Símil receta (impresa desde algún medio electrónico).
Deben contar con la leyenda de puño y letra del profesional que prescribe: *“Emergencia COVID 19”*.

Si se prescriben en símil receta psicofármacos o productos con receta archivada, solo tienen una validez de 7 días para su dispensa.

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todas las recetas de todos los planes deberán llevar autorización On line, para lo cual se carga el número de DNI del afiliado.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Ambulatorio	50%	50%	NO	SI
Tratamiento Prolongado	70%	30%	NO	SI
Plan Materno Infantil (1-3)	100%	0%	NO	SI
Accid de Trabajo y Cobert. Especiales	100%	0%	NO	SI
Anticonceptivos	100%	0%	NO	SI
Hipoglucemiantes Orales	100%	0%	SI(2)	NO
Capacidades Diferentes	100%	0%	NO	SI
Afiliado Reciprocidad	50%	50%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (3)	X%	Y%	NO	SI
Vacuna Antigripal (3)	100%	0%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
(2) Vademecum Hipoglucemiantes Orales
(3) La cobertura al 100% se otorgará a la población de entre 6 y 24 meses y mayores de 65. Fuera de ese rango, tendrán cobertura del 50%. El beneficiario concurrirá a DASUTEN con la prescripción de la vacuna (según si pertenece o no al grupo de riesgo) y se le entregará la ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA para que concurra a la farmacia. Dicha orden tendrá los datos del beneficiario, fecha de emisión, nombre de la vacuna, y los datos del Auditor.
Auditor: Dr. Arnaldo Milani.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL	SI	OFICIAL (A-B-C-D- E-F)	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Con cada receta se debe adjuntar el ticket de validación On Line y copia del ticket fiscal de venta.
B) Receta Oficial (ver modelo más adelante).

- C) RECETAS DE TRATAMIENTO PROLONGADO: Para dicha prescripción existe un recetario para Tratamiento Prolongado, el mismo será emitido por D.A.S.U.Te.N, en Central o cualquiera de sus delegaciones. Contendrá datos del beneficiario, medicamentos (nombre, presentación y cantidades) y patología.
Todos estos datos estarán preimpresos y en todos los casos tendrán FIRMA y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR, excepto las recetas de psicotrópicos que llevan la firma del profesional tratante, no del auditor de DASUTEN.
Una vez entregados los productos el beneficiario deberá firmar su conformidad en las órdenes de farmacia, las cuales serán presentadas adjuntando los troqueles con sello y firma del profesional farmacéutico.
- D) RECETAS DE CAPACIDADES DIFERENTES: para dicha prescripción existe un Formulario de Tratamiento de Capacidades Diferentes, el cual debe estar completado y firmado por el médico y autorizado por el Auditor de D.A.S.U.Te.N. La farmacia deberá realizar una fotocopia de este formulario, que lo incluirá junto con la presentación del informe y la receta.
- E) Para Hipoglucemiantes Orales: bonos impresos con cobertura del 100%, sellados y firmados por alguno de los médicos auditores.
- F) Para Anticonceptivos: bonos impresos con cobertura del 100%, sin autorización previa de la obra social. Si se trata de Dispositivos Intrauterinos, la cobertura en los bonos también será del 100%, y sí deben estar sellados y firmados por médico auditor. Las marcas que cubren son: KYLEENA y MIRENA.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a)
Anticonceptivos (b)	1
Tratamiento Prolongado (c)	4
Capacidades Diferentes (d)	Lo Autorizado

- a) Se cuentan repetidos.
b) Plan Anticonceptivos, se podrá dispensar uno solo de los renglones.
c) Tratamiento Prolongado, hasta 4 productos distintos por receta.
d) Capacidades Diferentes, lo indicado en el formulario.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
b) En Plan Anticonceptivos se reconocerán hasta 3 unidades del mismo producto en uno solo de los renglones.

(30/06/2022)

- c) En Tratamiento Prolongado, hasta 4 productos distintos por receta, sin límite de cantidades y tamaños. Dispensar lo autorizado.
- d) Capacidades Diferentes, cantidades y tamaños indicados en el formulario.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Anestésicos.
- b) Anorexígenos, locales o sistémicos p/obesidad, y Anticelulíticos.
- c) Antihemofílicos.
- d) Antisépticos de superficie.
- e) Edulcorantes.
- f) Formulas Magistrales y Homeopatía.
- g) Leches enteras.
- h) Lociones Capilares y Dérmicas.
- i) Medios de contraste radiotomográficos.
- j) Oncológicos y coadyuvantes al tratamiento.
- k) Productos dietéticos y alimenticios.
- l) Productos de venta libre.
- m) Soluciones Parenterales.
- n) Tratamiento de la disfunción sexual.
- o) Tuberculostáticos.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en el vademecum.
- b) Leches medicamentosas y/o maternizadas. Solamente en plan materno infantil y hasta 2 kg. por receta los primeros 4 meses con autorización previa de Auditoría Médica, la cual podrá, previa autorización, extender dicha cobertura hasta los 6 meses.
- c) Anticonceptivos, hasta 3 envases del mismo producto en uno solo de los renglones. En el otro renglón nada. Se reconocen todos los anticonceptivos orales incluidos en Manual Farmacéutico.
- d) Vacuna antigripal

MEDICOS AUDITORES HABILITADOS

Apellido y Nombre	Delegación	D.N.I.
Aveta, Cintia Carolina	Santa Fe	Mat. 16044
Cappiello, Miguel Angel	Rosario	11 673 064
Carranza, Jorge Ernesto	Villa María	13 726 367
Dahbar, Nicolás E.	Córdoba	5 263 605
David, Agustina	Rafaela	34 206 299
Foresi, Alberto F.	San Nicolás	10 410 086
Franzosi, Ricardo	Central	20 717 711
Hediger, Emilia	Santa Fe	31 565 353
Lamelza, Dardo Rubén	Venado Tuerto	22 483 659
Lloret, Francisco José	San Rafael	8 027 803
Milani, Arnaldo Pablo.	Central	20 426 788
Montes de Oca, Adrián	Bahía Blanca	16 968 520
Ricardi, Carolina	Central	35 639 734
Scocco, Danilo G.	Paraná	11 071 045
Solsona, Bibiana	San Francisco	14 699 356
Soto, Estela	Central	13 753 148
Bastanzo, Rubén A.	Delta	12 210 960

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvada.
- b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con Credencial y DNI.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

(30/06/2022)

COD: 2		DELEGACIÓN: Facultad Regional Bahía Blanca			FECHA EMISIÓN: 02/08/2016		
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO							
Nº Credencial: 12-12345/00		Apellido y Nombre: CRESPO, JULIO			Edad: 45		Sexo: M
Tipo y Nº Doc: 44444444		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A Cargo O. Social 100 %
1	Rp./ metformina-500 mg comp.x 30 (500mg)			1 (uno)			
2						
3						
4						
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA							
				Diagnostico: DBT (Orales)			
Fecha Prescripción: 02/08/2016				Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
<div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>Firma Auditor Médico</div> <div>Sello aclaración de firma y matrícula</div>				Certifico entrega de los medicamentos facturados		\$.	
				SELLO		A Cargo Obra Social (\$)	
				Firma Farmacéutico		\$.	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel:	
						Aclaración y DNI:	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			