

(13/01/2023)

BONIFICACIÓN

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

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todas las recetas de todos los planes deberán llevar validación 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
Anticonceptivos	100%	0%	NO	SI
Hipoglucemiantes Orales	100%	0%	SI(2)	NO
Capacidades Diferentes	100%	0%	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.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (F)	SI	OFICIAL o PARTICUL AR (A-B-C- D-E)	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). Válida para los planes Tratamiento prolongado, Vacuna antigripal, Anticonceptivos orales e hipoglucemiantes orales.

Receta Particular, válida para los planes Ambulatorio, PMI, Capacidades diferentes y Autorizaciones Especiales.

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 farmacéutico.

- C) 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.
- D) Para Hipoglucemiantes Orales: bonos impresos con cobertura del 100%, sellados y firmados por alguno de los médicos auditores.
- E) 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 si deben estar sellados y firmados por médico auditor. Las marcas que cubre son: KYLEENA y MIRENA.
- F) Puede indicar marca sugerida.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a)
Anticonceptivos	Lo que indique el recetario oficial pre- impreso DASUTEN
Tratamiento Prolongado	Lo que indique el recetario oficial pre- impreso DASUTEN
Capacidades Diferentes (b)	Lo Autorizado
Leches maternizadas y medicamentosas	Lo que indique el recetario oficial pre- impreso DASUTEN

- a) Se cuentan repetidos.
- b) 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.
- 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.

(13/01/2023)

• **MODELO DE RECETARIO PRE-IMPRESO TRATAMIENTO PROLONGADO-LECHES**

CÓD: 33		DELEGACIÓN: Rectorado		FECHA EMISIÓN: 29/12/2022	
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO					
				B 30739625	
Nº Credencial: 01-6666/00		Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN		Edad: 38	Sexo: F
Tipo y Nº Doc: 3333333		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Costo Unitario
GÉNEROS		Cantidad		Costo Unitario	Importe
1 Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)		1 (uno)			
2					
3					
4					
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CAMBIO				Diagnóstico: EPOC	
Fecha Prescripción: 29/12/2022				A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL		Dr. MARIANO, RUBEN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911		Certifico entrega de los medicamentos facturados	
TROQUEL				SELO	
TROQUEL				Firma farmacéutica	
TROQUEL				Firma en Conformidad del Beneficiario	
				Tel:	
				Aclaración y Dni:	
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al doto.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.	
RECETA ELECTRÓNICA – FIRMA REGISTRADA – 29/12/2022 13:12h - 513DASUTEN					

• **MODELO DE RECETARIO PRE-IMPRESO VACUNAS**

Vencimiento Plan: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA			
Delegación: D.A.S.U. Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN		B 30714607	
Nº Credencial:		Apellido y Nombre:		Edad:	Sexo: F
Tipo y Nº Doc:		Tipo Afiliado:		Cantidad	Costo Unitario
GÉNERICO		Cantidad		Costo Unitario	Importe
1 Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)		1 (uno)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal					
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EFECTIVO:			Fecha Prescripción: 17/03/2022		
			Fecha Disp: / /		
Dr. Mariano Rubén Vidal Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911			A Cargo Beneficiario (\$)		
			Certifico entrega de los medicamentos facturados		
			SELO		
			Firma farmacéutica		
			Firma en Conformidad del Beneficiario		
			Tel:		
			Aclaración y Dni:		
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al doto.			* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.		