

(10/04/2024)

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	40%	50%	NO	SI
Tratamiento Prolongado	60%	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

- Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- Vademecum Hipoglucemiantes Orales
- 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 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 firma y sello 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

- Con cada receta se debe adjuntar el ticket de validación On Line y copia del ticket fiscal de venta.
- 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.

- 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.
- Para Hipoglucemiantes Orales: bonos impresos con cobertura del 100%, sellados y firmados por alguno de los médicos auditores.
- 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 cubren son: KYLEENA y MIRENA.
- Puede indicar marca sugerida.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

- Se cuentan repetidos.
- 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

- En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- En Plan Anticonceptivos se reconocerán hasta 3 unidades del mismo producto en uno solo de los renglones.
- En Tratamiento Prolongado, hasta 4 productos distintos por receta, sin límite de cantidades y tamaños. Dispensar lo autorizado.
- Capacidades Diferentes, cantidades y tamaños indicados en el formulario.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Anestésicos.
- Anorexígenos, locales o sistémicos p/obesidad, y Anticelulíticos.
- Antihemofílicos.
- Antisépticos de superficie.

(10/04/2024)

- e) Edulcorantes.
- f) Formulas Magistrales y Homeopatía.
- g) Leches enteras.
- h) Lociones Capilares y Dérmicas.
- i) Medios de contraste radiotomograficos.
- 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) Tuberculostaticos.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en el vademecum.
- b) Leches medicamentosas y/o maternizadas con autorización previa de Auditoría Médica, sólo podrán aceptarse en receta oficial DASUTEN Pre impresa Tratamiento prolongado, y autorizadas por plan materno infantil.
- 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

- Bastanzo Rubén Alberto
- Capiello Miguel Angel
- Cuenya Cao Victoria
- Das Neves Andrea Verónica
- David Agostina
- Foresi Alberto Federico
- Franzosi Ricardo
- Hediger María Emilia
- Lamelza Dardo Rubén
- Llado Sanchez Valeria Vanesa Judith
- Lloret Francisco José

- Mahler Manuel Alberto
- Milani Arnaldo Pablo
- Montes De Oca Adrián
- Pepe Carlos Esteban
- Scocco Danilo Gualberto
- Solsona Bibiana Raquel
- Soto Estela Isabel
- Vidal Mariano Rubén

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 salvedad.
- 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.
 Plan PMI: Credencial que certifique vigencia del PMI.
 Plan Discapacidad: CUD (certificado de discapacidad).

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

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

COD: 2		DELEGACIÓN: Facultad Regional Bahía Blanca			FECHA EMISIÓN: 02/08/2016		
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO							
N° Credencia: 12-12345/00		Apellido y Nombre: CRESPO, JULIO			Edad: 45	Sexo: M	
Tipo y N° Doc: 44444444		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Canhood Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			
1	Rp./ mefloamina-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 (\$)			
TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL	
		Firma Auditor Médico		Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Obra Social (\$)	
		Sello aclaración de firma y matrícula		SELLO			
				Firma Farmacéutica		Tel:	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Aclaración y DNI:	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dero.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			

(10/04/2024)

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

COD: 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	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNEROS							
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)			1 (uno)			
2							
3							
4							
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: EPOC			
Fecha Prescripción: 29/12/2022		Fecha Disp: / /		A Cargo Beneficiario (I)			
TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL	
 Dr. MARIANO, RUBEN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911		Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Otro Social (II)			
		SUI.D		A Cargo Otro Social (II)			
		Firma farmacéutica		Tel:			
Firma en Conformidad del Beneficiario		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 13:13h - 513DASUTEN							

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

Vencimiento Plan: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA			B 30714607		
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN					
Nº Credencial:		Apellido y Nombre:			Edad:		Sexo: F
Tipo y Nº Doc:		Tipo Afiliado:		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICO							
1	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)			1 (uno)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal							
MÉDICO QUE AUTORA EL EFECTIVO:				Fecha Prescripción: 17/03/2022			
 Dr. Mariano Rubén Vidal Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911				Fecha Disp: / /		A Cargo Beneficiario (I)	
				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Otro Social (II)	
				SUI.D		A Cargo Otro Social (II)	
Firma farmacéutica		Tel:					
Firma en Conformidad del Beneficiario		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.			