

(18/12/2024)

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)	100%	0%	NO	SI
Anticonceptivos	100%	0%	NO	SI
Hipoglucemiantes Orales	100%	0%	SI(2)	NO
Capacidades Diferentes	100%	0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales	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 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

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (F)	SI	OFICIAL o PARTICULAR (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. Este último plan, su receta debe tener firma y sello del médico auditor (ver listado más adelante).

Las recetas deben ser de puño y letra del profesional con la misma tinta y deben contener: Nombre y apellido del afiliado, número de afiliado (DNI), diagnóstico, cantidad de cada medicamento, fecha de prescripción.

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 preimpreso DASUTEN de tratamiento prolongado electrónico.
Tratamiento Prolongado	Lo que indique el recetario oficial preimpreso DASUTEN de tratamiento prolongado electrónico.
Capacidades Diferentes (b)	Lo que indique el recetario oficial preimpreso DASUTEN.
Leches maternizadas y medicamentosas	Lo que indique el recetario oficial preimpreso DASUTEN de tratamiento prolongado electrónico.

- 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

