

(21/04/2025)

**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) Tendrán cobertura del 100% los afiliados menores de 24 meses y mayores de 65, presentando receta oficial Pre-impresión DASUTEN Vacuna Antigripal. Fuera de ese rango, presentaran receta autorizada por DASUTEN con firma y sello.

**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. 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 sí deben estar sellados y firmados por médico auditor. Las marcas que cubre son: KYLEENA y MIRENA.

**(21/04/2025)**

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 de tratamiento prolongado electrónico.
Tratamiento Prolongado	Lo que indique el recetario oficial pre-impreso DASUTEN de tratamiento prolongado electrónico.
Capacidades Diferentes (b)	Lo que indique el recetario oficial pre-impreso DASUTEN.
Leches maternizadas y medicamentosas	Lo que indique el recetario oficial pre-impreso 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 (3° 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.
- 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, solo si están prescritos en recetario oficial, 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.
- e) Todos aquellos productos que estén autorizados por los auditores mencionados en esta norma.

**MEDICOS AUDITORES HABILITADOS**

- Alaniz Rubén
- Bastanzo Rubén Alberto

(21/04/2025)

- Capiello Miguel Angel
- Cuenya Cao Victoria
- Das Neves Andrea Verónica
- David Agustina
- Foresi Alberto Federico
- Franzosi Ricardo
- Hediger María Emilia
- Lafi Gabriela
- Lamelza Dardo Rubén
- Llado Sanchez Valeria Vanesa Judith
- Milani Arnaldo Pablo
- Montes De Oca Adrián
- Pepe Carlos Esteban
- Riveros de La Vega Maria Eugenia
- Rusconi Sonia
- Scocco Danilo Gualberto
- Solsona Bibiana Raquel
- Soto Estela Isabel
- Trecco Pedro
- Vidal Mariano Rubén
- Zanotti Maria Lucia de Jesús

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

COD: 33		DELEGACIÓN: Retirado		FECHA BASE/DI: 29/12/2022	
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO				B 30739625	
N° Credencial: 01-4444/00		Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN		Sexo: M	
Tipo y N° Doc: 3333333		Tipo Afiliado: Titular		Categoría: 71*	
GÉNEROS					
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)	Cantidad: 1 (uno)	Carácter: Entregado	Fecha: 29/12/2022	Horario: 71*
2					
3					
4					
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA					
Fecha Prescripción: 29/12/2022		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (S)	
 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 (S)	
INICIAL INICIAL INICIAL INICIAL		SELO		Tel:	
		Firma Farmacéutica		Atención y DSI	
NOTA: En caso de considerarse impracticable la marca indicada, justificar el motivo.		* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			
RECETA ELECTRÓNICA - FIRMA REGISTRADA - 29/12/2022 13:12h - SYSDASUTEN					

**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.

(21/04/2025)

**MODELO DE RECETARIO PRE IMPRESO VACUNAS:**

Vencimiento Plan: 31/07/2022		<b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b>		N.º 20714937	
Deposición D.A.S.U.T.e.N Central					
Apellido y nombre		Sexo		Edad	
Tipo y AF Bio.		Tipo afiliado		Médico	
GÉNERO					
Código		Código		Código	
Código		Código		Código	
1	Vax / Vacuna antigripal inactivada dosis adulta (2.5ml/iny)	1 (ml)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal					
MÉDICO QUE AUTORIZA EL ENTREGA:			Fecha Prescripción: 17/03/2022		
 Dr. Mariano Rubén Vidal Académico Médico D.A.S.U.T.e.N M.N. 11971			Fecha Receta: / / A Cargo Beneficiario (B)		
			Fecha entrega de los medicamentos facturados M.D. / / A Cargo Otro Sostén (B)		
NOTA: En caso de cualquier imprescrición lo marca indicado, justificar al día.			Firma en conformidad del beneficiario (Nombre y Dni)		
* Orden Válido por 30 días desde su fecha de Prescripción.					