

(05/05/2025)

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%	60%	NO	SI
Tratamiento Prolongado (3)	60% 100%	40% 0%	NO	SI
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales	X%	Y%	NO	SI
Vacuna Antigripal (2)	100%	0%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Tendrán cobertura del 100% los afiliados menores de 24 meses y mayores de 65, presentando receta oficial Pre- Impresa DASUTEN Vacuna Antigripal. Fuera de ese rango, presentaran receta autorizada por DASUTEN con firma y sello.
- (3) Dentro de este plan se dispensará:
 - Leches maternizadas y Medicamentosas
 - Capacidades diferentes
 - Anticonceptivos
 - Hipoglucemiantes

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (E)	SI	OFICIAL o PARTICUL AR (A-B-C- D)	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, hipoglucemiantes, leches, Capacidades diferentes y PMI.

Receta Particular, válida para los planes Ambulatorio, PMI 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) Para Hipoglucemiantes Orales: Vademecum Hipoglucemiantes Orales. Bonos impresos, sellados y firmados por alguno de los médicos auditores.
- D) 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.
- E) Puede indicar marca sugerida.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA

2 (a)

(05/05/2025)

(Rp x Rec.)	
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
- Cappiello Miguel Angel
- Cuenya Cao Victoria
- Das Neves Andrea Verónica
- David Agostina
- Foresi Alberto Federico

(05/05/2025)

- 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

ENMIENDAS

- 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.
- 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.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

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

MODELO DE RECETARIO PRE-IMPRESO TRATAMIENTO PROLONGADO

COD. 33	SELECCIÓN: Recetado		FECHA Emisión: 29/12/2022	
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO				
B: 30739625				
Nº Credencial: 01-4444/00	Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN		Educ. 36	Sexo: F
Sexo y Nº Doc: 3333333	Nombre: Titular	Condición	Condición Farmacia	Prescripción
GÉNERO:		Antes y Luego	Prescripción	Prescripción
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)	1 (veta)		
2				
3				
4				
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CARCERA				
Diagnóstico: EPDC				
Fecha Prescripción: 29/12/2022	Firma Médica:		A Cargo Beneficiario (\$)	
Firma Farmacéutica:		A Cargo Otra Social (\$)		
Firma en Confianza del beneficiario:		Tel:		
Firma en Confianza del beneficiario:		Aclaración y DNI:		
NOTA: En caso de cambiarse imprimeable la marca indicada, justificar el dato.				
* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				
RECETA ELECTRÓNICA - FIRMA REGISTRADA - 29/12/2022 13:12h - SYSDASUTEN				

(05/05/2025)

MODELO DE RECETARIO PRE IMPRESO VACUNAS:

Vencimiento Form: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA		 <small>9 30714807</small>	
Prescripción: D.A.S.U.TeN Central					
Apellido y Nombre:		Apellido:		Apellido F:	
Tipo y N° de:		Tipo de:		Tipo de:	
GÉNERO:		Mujer / Varón		Mujer / Varón	
1		1		100 %	
1. Vacuna antigripal inactivada dosis adulta (0.5ml/iny)					
Prescripción: Para Análisis de Vacunación Antigripal					
Firma del Autor de la Prescripción:		Fecha Prescripción: 17/03/2022			
 Dr. Mariano Rubén Vidal Médico M.D.S. D.A.S.U.TeN <small>N.º 11571</small>		Fecha de: / / A cargo de: (B) Fecha de: / / A cargo de: (B) Fecha de: / / A cargo de: (B)			
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al día.		Firma en conformidad del beneficiario: Fecha de: / /			
* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.					