**Federación Farmacéutica - FEFARA**

**5233 D.A.S.U.Te.N**

D.A.S.U.Te.N

**Fecha de vigencia: 23/03/22 NRO.: 06**

**DATOS GENERALES**

**TIPO DE CONVENIO**

**.AUTORIZACION ON LINE**

.Todos los planes

.Cargar el DNI del afiliado para validar.

**TICKET DE VENTA**

**TICKET DE VENTA**

.Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta

**RECETARIO**

**TIPO**

.Oficial.

.Recetario para Tratamiento Prolongado emitido por D.A.S.U.Te.N

.Formulario de Tratamiento para Capacidades Diferentes.

.Anticonceptivos e Hipoglucemiantes orales: nuevos bonos impresos

.con cobertura del 100%, sellados y firmados por los médicos

.auditores.

**VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

.30 días.

**BENEFICIARIO**

**DATOS DEL AFILIADO**

.Credencial de afiliación.

.DNI

**COBERTURAS**

**PLANES DE ATENCION**

.01 AMBULATORIO 50 %

.02 TRATAMIENTO PROLONGADO 70 % C/Aut. de O.S.

.03 PLAN MATERNO INFATIL 100 % C/Aut. de O.S.

.04 ACC.DE TRAB.Y COB.ESPECIALES. 100 %

.05 ANTICONCEPTIVOS 100 %

.06 HIPOGLUCEMIANTES ORALES d/vad.100 %

.07 CAPACIDADES DIFERENTES 100 % C/Aut. de O.S.

.08 AFILIADO RECIPROCIDAD 50 %

.09 AUTORIZACIONES ESPECIALES S/Autorizado Obra Social.

.10 VACUNA ANTIGRIPAL 100 % C/Aut. de O.S.

**NORMAS DE PRESTACION**

**CANTIDADES RECONOCIDAS**

.Hasta 2 productos distintos por receta.

.Hasta 2 envases chicos o 1 grande por receta.

.No se deben superar los 2 productos por receta.

.Hasta 5 antibióticos inyectables monodosis.

.Hasta 1 antibiótico inyectable multidosis.

.Leches Maternizadas y Medicamentosas: Hasta 2 kilos por receta

.los primeros 4 meses de vida.

.Anticonceptivos: hasta 3 envases del mismo producto en uno solo

.de los renglones, en el otro renglón nada.

.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.

.Vacuna Antigripal: Se aceptará 1 (una) vacuna por receta.

**TROQUELADO**

.Si requiere troquel con codigo de barras.

**VADEMECUM**

.VADEMECUM DASUTEN

.VADEMECUM HIPOGLUCEMIANTES ORALES.

**PROHIBICIONES**

.Anestésicos.

.Anorexígenos Tratamientos locales o sistémicos p/obesidad.

.Anticelulíticos.

.Antihemofílicos.

.Antisepticos de superficie.

.Edulcorantes.

.Formulas Magistrales y Homeopatia.

.Leches enteras.

.Lociones Capilares y Dérmicas.

.Medios de contraste radiotomograficos.

.Oncologicos y coadyuvantes al tratamiento.

.Productos dietéticos y alimenticios.

.Productos de venta libre.

.Prohibiciones Generales.

.Soluciones Parenterales.

.Tratamiento de la disfuncion sexual.

.Tuberculostaticos.

**RECONOCIMIENTOS**

.Plan Materno Infantil: Leches Maternizadas y Medicamentosas

.pescriptas en recetario PMI, se expenderán hasta 2 kg. por

.receta y hasta los 4 meses de vida inclusive. La Auditoría

.Médica, por vía de excepción, puede extender esta cobertura

.hasta los 6 meses inclusive. Todas las recetas de LECHES

.MATERNIZADAS Y MEDICAMENTOSAS DEBEN ESTAR AUTORIZADAS POR

.AUDITORIA MEDICA.

.Anticonceptivos: se reconocen todos los anticonceptivos orales

.que figuran en el Manual Farmacéutico vigente.

**DIAGNOSTICO**

.Si requiere.

**OBSERVACIONES**

**MODALIDAD OPERATIVA**

.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

.profesional 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 que incluirá junto con la presentación del informe y la

.receta.

**.VACUNA ANTIGRIPAL:** La cobertura al 100 % se otorgará a la

.población de beneficiarios que se encuentren:

a) Entre 6 y 24 Meses Edad: Será cubierta en todos los casos.

b) Entre 25 meses y 64 años Edad: Solo se cubrirá en afiliados

que se encuentren dentro de población de riesgo con cobertura

al 100 %. Fuera de ese rango edad tendrán la cobertura

habitual del 50 %.

c) Mayores de 65 Edad: Será cubierta en todos los casos.

.El beneficiario concurrirá a DASUTeN Central o sus delegaciones

.con la prescripción de la VACUNA ANTIGRIPAL realizada por su

.médico tratante en caso de ser población de riesgo.

.En caso de ser menor de 24 meses o mayor de 65 años solo

.retiraran la ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICAcon su credencial.

.DASUTen emitirá la ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA que tendrá

.preimpreso el plan (Plan Anual de Vacunación Antigripal), los

.datos del beneficiario (NOMBRE, APELLIDO, CREDENCIAL, ETC), fecha

.de emisión, Nombre de la Vacuna bajo su nombre genérico,

.dosificación, cantidad, y todos los

.Datos de los Auditores responsables de la autorización.

.**Los Auditores Médicos encargados de la autorización son los**

**.siguientes:**

**.Dr. Mariano Rubén Vidal y Dr. Arnaldo Milani.**

.**El beneficiario concurrirá a las farmacias con la ORDEN**

**.ELECTRONICA.** En todos los casos el beneficiario deberá presentar

.la credencial de DASUTeN para el suministro de las VACUNAS.

.Una vez entregado el producto, el beneficiario deberá prestar su

.conformidad con firma y aclaración en las órdenes de farmacia.

**• RECORDATORIO**

.Auditores de Sede Central:

.Dr. Mariano Rubén Vidal (Director de Prestaciones y

.Afiliaciones, Auditor Adjunto de DASUTeN Central/M.N.115911).

.Dr. Gustavo Martinelli (Auditor Médico de DASUTeN Central/M.N.

.42661 – M.P. 25672).

.Auditores Regional Santa Fe: Dr. Rolando D’All Aglio,

.Dr. Benech, Dra. Cintia Carolina Aveta Mat. 16044