

DATOS GENERALES

AUTORIZACION ON LINE

- Todos los planes.
- Cargar el DNI del Afiliado para validar.

RECETARIO

- TIPO

- PLAN AMBULATORIO - PLAN MATERNO INFANTIL - PLAN CAPACIDADES DIFERENTES	- Receta particular con membrete del médico o institución, o con sello médico que indique especialidad, tipo y nro. de matrícula.
- TRATAMIENTO PROLONGADO - VACUNA ANTIGRIPIAL - ANTICONCEPTIVOS ORALES - HIPOGLUCEMIANTES ORALES	- Recetario Pre-Impreso Oficial DASUTEN "ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO"
- PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES	- Recetario particular con firma y sello de auditor autorizado (ver listado)

- DATOS DEL AFILIADO

RECETA PARTICULAR:

Los datos deben ser de puño y letra del profesional con la misma tinta.

- Nombre y Apellido
- Nro. Afiliado (DNI)
- DIAGNÓSTICO
- Medicamentos recetados por principio activo (puede indicar marca sugerida)
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sello del médico prescriptor
- Fecha de prescripción
- Conformidad del afiliado: Firma, aclaración, domicilio y DNI.

Los datos manuscritos deben presentar la misma tinta en la prescripción como en la firma

- VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN: 30 días
- VALIDEZ DE LA PRESENTACIÓN: 60 días a partir de la fecha de venta.

ACREDITACIÓN

- Credencial DASUTEN
- Documento de Identidad
- PMI: Credencial que certifique vigencia de cobertura PMI
- Discapacidad: CUD (certificado discapacidad)

FIRMA DIGITAL

- NO

COBERTURAS

- PLANES DE ATENCION

Cod	PLAN DE ATENCIÓN	PLAN DE LIQUIDACIÓN	OBSERVACIONES	FORMA DE PAGO
30005	AMBULATORIO	AMBULATORIO	50%	A cargo Obra Social menos aporte
30006	TRATAMIENTO PROLONGADO	TRATAMIENTO PROLONGADO	70%	A cargo Obra Social menos aporte
30007	PLAN MATERNO INFANTIL	PLAN MATERNO INFANTIL	100%	A cargo Obra Social menos aporte
30009	ANTICONCEPTIVOS	ANTICONCEPTIVOS	100%	A cargo Obra Social menos aporte
30010	HIPOGLUCEMIANTES ORALES	HIPOGLUCEMIANTES ORALES	100%	A cargo Obra Social menos aporte
30011	CAPACIDADES DIFERENTES	CAPACIDADES DIFERENTES	100%	A cargo Obra Social menos aporte
30034	AUTORIZACIONES ESPECIALES	AUTORIZACIONES ESPECIALES	Según lo autorizado por la OS	A cargo Obra Social menos aporte

NORMAS DE PRESTACION

- CANTIDADES RECONOCIDAS
 - Hasta 4 productos distintos por receta.
 - Hasta 2 envase por renglón de cualquier tamaño.
 - Hasta 5 antibióticos inyec.monodosis (2 o más se consideran tamaño grande)
 - Hasta 1 antibiótico inyec.multidosis (se considera tamaño grande)
 - **Plan Tratamiento Prolongado:** el tope de cantidad y tamaño lo determina el recetario Oficial Pre-Impreso DASUTEN de Tratamiento Prolongado electrónico.
 - **Leches Maternizadas y Medicamentosas:** Cantidades según lo establezca el Recetario Oficial Pre-Impreso DASUTEN de Tratamiento Prolongado Electrónico.
 - **Anticonceptivos:** Cantidades según lo establezca el Recetario Oficial Pre-Impreso DASUTEN de Tratamiento Prolongado Electrónico.
 - **Vacuna Antigripal:** 1 vacuna por receta
- TROQUELADO:
 - Si requiere troquel con código de barras.
- VADEMECUM:
 - Vademécum DASUTEN
 - Vademécum HIPOGLUCEMIANTES ORALES
- DIAGNÓSTICO: Si requiere.
- TICKET DE VENTA: Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o mini receta a c/receta

- PROHIBICIONES:
 - Anestésicos.
 - Anorexígenos Tratamientos locales o sistémicos p/obesidad.
 - Anticelulíticos.
 - Antihemofílicos.
 - Antisépticos de superficie.
 - Edulcorantes.
 - Formulas Magistrales y Homeopatía.
 - 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.
 - Tuberculostatico.

OBSERVACIONES

- AUTORIZACIONES ESPECIALES: Los auditores de DASUTEN podrán autorizar, con firma y sello productos excluidos o cantidades mayores a las indicadas en la norma general.
- ANTICONCEPTIVO ORALES: sólo podrá aceptarse Receta Oficial DASUTEN Pre-Impresa Tratamiento Prolongado. Deberá validarse por plan ANTICONCEPTIVOS.

Para el caso de DIU. Deberá presentarse receta Pre-Impresa con autorización de auditoría DASUTEN (firmo y sello de autorizantes habilitados).

- LECHES MATERNIZADAS Y MEDICAMENTOSAS: sólo podrá aceptarse Receta Oficial DASUTEN Pre-Impresa Tratamiento Prolongado. Deberán ser autorizadas por Plan MATERNO INFANTIL.
- VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO OFICIAL: son reconocidas dentro del Plan MATERNO INFANTIL.
- VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL CALENDARIO OFICIAL: Podrán ser autorizadas al 100% por auditoría DASUTEN con firma y sello de autorizante habilitado.
- CAMPAÑA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL: Durante el período que esté habilitada la campaña tendrán cobertura del 100% los afiliados menores de 24 meses y mayores de 65 años, presentando receta Oficial Pre-Impresa DASUTEN Vacuna Antigripal. Afiliados dentro de grupo de riesgo deberá presentar Receta autorizada por Auditoría DASUTEN con Firma y sello.
- CAPACIDADES DIFERENTES: El afiliado deberá presentar CUD adjunto a la prescripción médica.

- LISTADO DE MÉDICOS AUDITORES AUTORIZANTES

- | | |
|------------------------------|--|
| - BASTANZO, Rubén Alberto | - FORESI, Alberto Federico |
| - CAPPIELLO, Miguel Angel | - FRANZOSI, Ricardo |
| - CARRANZA, Jorge Ernesto | - HEDIGER, María Emilia |
| - CHEMES, Eduardo Aroldo | - LAMELZA, Dardo Rubén |
| - CUENYA CAO, Victoria | - LLADO SANCHEZ, Valeria Vanesa Judith |
| - DAHBAR, Nicolás Elias | - LLORET, Francisco José |
| - DAS NEVES, Andrea Verónica | - MAHLER, Manuel Alberto |
| - DAVID, Agostina | - MILANI, Arnaldo Pablo |

- MONTES DE OCA, Adrián
- PEPE, Carlos Esteban
- SCOCCO, Danilo Gualberto
- SOLSONA, Bibiana Raquel
- SOTO, Estela Isabel
- VIDAL, Mariano Rubé

MODELOS DE FORMULARIOS

• 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 Credenital: 01-6666/00	Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN	Edad: 38 Sexo: F	
Tipo y Nº Doc.: 3333333	Tipo Afiliado: Titular		
GÉNERICOS		Cantidad	
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	 Dr. MARIANO, RUBEN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N MN: 115911	Fecha Disp.: / /	
TROQUEL		Certificado entrega de los medicamentos facturados SELLO Firma Farmacéutico	A Cargo Beneficiario (\$) \$:
TROQUEL			A Cargo Obra Social (\$) \$:
TROQUEL			Tel: _____
TROQUEL			Aclaración y DNI: _____
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.		* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.	
RECETA ELECTRONICA – FIRMA REGISTRADA – 29/12/2022 13:12hs - SYSDASUTEN			

• MODELO DE RECETARIO PRE-IMPRESO VACUNAS

Vencimiento Plan: 31/07/2022	ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA	 B 30714807	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central	Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN		
Nº Credenital:	Apellido y Nombre:	Edad: Sexo: F	
Tipo y Nº Doc.:	Tipo Afiliado:		
GÉNERICO		Cantidad	
1	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)	1 (uno)	
		100 %	
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal			
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPENDIO:		Fecha Prescripción: 17/03/2022	
 Dr. Mariano Rubén Vidal Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911		Fecha Disp.: / /	
		Certificado entrega de los medicamentos facturados SELLO Firma Farmacéutico	A Cargo Beneficiario (\$) \$:
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.			A Cargo Obra Social (\$) \$:
		TROQUEL	
			Aclaración y DNI: _____
		Firma en Conformidad del Beneficiario	