

## 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	40%	A cargo Obra Social menos aporte
30006	TRATAMIENTO PROLONGADO	TRATAMIENTO PROLONGADO	60%	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 2 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
- CAPIELLO, Miguel Angel
- CUENYA CAO, Victoria
- DAS NEVES, Andrea Verónica
- DAVID, Agostina
- FORESI, Alberto Federico
- FRANZOSI, Ricardo
- HEDIGER, María Emilia
- LAMELZA, Dardo Rubén
- LLADO SANCHEZ, Valeria Vanesa Judith
- LLORET, Francisco José
- MAHLER, Manuel Alberto
- MILANI, Arnaldo Pablo
- MONTES DE OCA, Adrián
- PEPE, Carlos Esteban
- SCOCCO, Danilo Gualberto
- SOLSONA, Bibiana Raquel
- SOTO, Estela Isabel
- ZANOTTI, Maria Lucia de Jesús

**MODELOS DE FORMULARIOS**

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

COD: 33		DELEGACIÓN: <b>Rectorado</b>		FECHA EMISIÓN: <b>29/12/2022</b>	
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO					
				<b>B 30739625</b>	
N° Credencial: <b>01-6666/00</b>		Apellido y Nombre: <b>PEREZ, JUAN</b>		Edad: <b>38</b>	Sexo: <b>F</b>
Tipo y N° Doc: <b>3333333</b>		Tipo Afiliado: <b>Titular</b>		Cantidad	% A Cargo O. Social <b>70 %</b>
GÉNERICOS				Cantidad Entregada	Imparte
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)		Nros y Letras		
2			<b>1 (uno)</b>		
3			.....		
4			.....		
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: <b>EPOC</b>	
Fecha Prescripción: <b>29/12/2022</b>		 <b>Dr. MARIANO, RUBEN VIDAL</b> Auditor Médico D.A.S.U.Te.N MN: 115911		Fecha Disp.: / /	A Cargo Beneficiario (\$)
TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados	\$:
				SELLO	A Cargo Otra Social (\$)
				Firma Farmacéutica	\$:
		Firma en Conformidad del Beneficiario	Tel: _____		
			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		<b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b>				
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan.: CALENDARIO DE VACUNACIÓN			B 30714807	
Nº Creadencia:		Apellido y Nombre:			Edad:	Sexo: <b>F</b>
Tipo y Nº Doc.:		Tipo Afiliado:	Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
			Nros y Letras			R.A. Cargo O. Social
GÉNÉRICO						
<b>1</b>	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)		<b>1 (uno)</b>			<b>100 %</b>
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal						
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPENDIO:				Fecha Prescripción: <b>17/03/2022</b>		
 <b>Dr. Mariano Rubén Vidal</b> Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911				Fecha Disp: / /	A Cargo Beneficiario (\$)	
					\$.	
				Certifico entrega de los medicamentos facturados	A Cargo Obra Social (\$)	
				SELLO Firma farmacéutica	\$.	
TROQUEL					Tel:	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				Firma en Conformidad del Beneficiario	Aclaración y DNI:	