

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:  
DASUTeN (Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica  
Nacional)**

DESCUENTOS A CARGO DE DASUTeN:	
AMBULATORIO:	50% Para producto incluidos en el Manual Farmacéutico
P.M.I.:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
ANTICONCEPCIÓN:	100% Para todos los incluidos en el Manual Farmacéutico. con autorización previa y % de descuento pre-impreso.
TRAT. PROLONGADO	70% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico Con sello electrónico de Médico Auditor.
ACCIDENTE DE TRABAJO:	100% Para productos incluidos en Manual Ftico – Las recetas se identifican con un sello cruzado con la leyenda “ <b>Accidente de Trabajo</b> ” o en el plan se indica <b>RRHH</b>
HIPOGLUCEMIANTES ORALES:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico con autorización previa y % de descuento pre-impreso.
AFILIADOS POR RECIPROCIDAD:	Ídem anteriores con credencial provisoria de DASUTeN (Ver Modelo adjunto)

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credencial en vigencia y Documento de Identidad.</li> </ul>

RECETARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OFICIAL</li> <li>• DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y Apellido del paciente.(*)</li> <li>• Número de Asociado.(*) Verificar su existencia en el padrón vigente.</li> <li>• Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.</li> <li>• Fecha de prescripción.</li> <li>• Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.</li> </ul> </li> </ul> <p>(*) Son válidos también los recetarios con datos filiatorios preimpresos.</p>

VALIDEZ DE LA RECETA
30 (Treinta) Días desde de la fecha de prescripción incluyendo la misma.

**LÍMITES DE CANTIDADES**

- CANTIDAD DE RENGLONES: 2 (dos).
- POR RECETA: Hasta 4 (cuatro) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta 4 (cuatro) envases de tamaño menor por receta  
 ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta  
 ANTIBIÓTICOS MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase por receta)

**LÍMITES DE TAMAÑOS**

- HASTA 2 (DOS) DE MENOR TAMAÑO POR RENGLÓN.
- HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN

**IMPORTANTE:**

SOLO EL MEDICO AUDITOR D.A.S.U.Te.N. EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, QUE QUEDAN A SU EXCLUSIVO CRITERIO, PUEDE MODIFICAR ESTA NORMA

**OTRAS ESPECIFICACIONES**CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño  
 Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido  
 La tamaño SIGUIENTE AL  
 MENOR

El tamaño inmediato inferior

**DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA**

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de prescripción.
  - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

**PSICOFÁRMACOS**

- El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias.

**MEDICAMENTOS FALTANTES**

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

**ANTICONCEPCIÓN**

100% de descuento exclusivamente en recetario oficial con leyenda “Planificación Familiar”, Hasta 3 (tres) envases de un mismo producto por receta. El recetario solamente se puede utilizar para la prescripción de anticonceptivos no pudiendo incluirse en la misma receta otros medicamentos.

**PLAN MATERNO INFANTIL****EN RECETARIOS DE PMI**

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida, Leches Medicamentosas y Maternizadas, con autorización de la Auditoría Médica, hasta 2 Kilos por receta y hasta el 4º mes de vida del bebé. La Auditoría Médica, por vía de excepción, puede extender esta cobertura hasta los 6 meses inclusive. DASUTeN no reconoce leches enteras.

**PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO**

- Las órdenes serán emitidas electrónicamente por DASUTeN ya que esta realiza los controles de acuerdo a un sistema informático especialmente diseñado para este tratamiento (se adjunta modelo de recetario y especificaciones del mismo)
- No se utilizará un vademécum especial, todo tipo de medicación prescrita en este tipo de recetario está cubierta.
- Cantidad de renglones 4 (cuatro). No existen límites en lo que respecta a cantidades y tamaños.

**EXCLUSIONES**

**Los descuentos** indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** incluidas en el Manual Farmacéutico “**con excepción de las comprendidas en Listado de Grupos Terapéuticos Excluidos de la Cobertura**” cuya nómina es emitida por la DASUTeN.

**REFACTURACION DEBITOS**

Si la farmacia recibe débitos podrá refacturarlos, salvando los errores correspondientes, presentando las recetas en lote aparte de la liquidación habitual, indicando en la carátula la palabra “REFACTURACION”.

**AUTORIZACIONES**

Antes de rechazar cualquier receta llamar al teléfono (011) 4331-5560/61/67, Interno "facturación" de lunes a viernes de 09 a 20 hs.

**MEDICOS AUDITORES DASUTeN CENTRAL**

- Dr. Vidal Mariano – MN: 115911
- Dr. Milani Arnaldo – MN: 87792

Son válidas también las autorizaciones emitidas por los médicos auditores de las delegaciones.

**VALIDACION ON LINE y PRESENTACION****La VALIDACION ON LINE es OBLIGATORIA:**

Ingresando al sitio web de FACAF ([www.facaf.org.ar](http://www.facaf.org.ar)) o al link: <http://dasutenweb.ddaval.com.ar/>  
Por homologaciones remitir un mail a: [clt.validacion@gmail.com](mailto:clt.validacion@gmail.com)

**SOBRE LA PRESENTACION:**

Adherir los troqueles con goma de pegar (no utilizar cinta adhesiva ni abrocahdora)  
En el anverso de la receta adherir del borde superior, con goma de pegar, comprobante de venta y/o vóucher de validación. Si el comprobante de venta posee el código de autorización que informa el validador, no es necesario adherir el vóucher que emite el validador.  
Toda receta deberá poder ser identificada por el código de autorización que emite el validador, dicho código también puede ser escrito en el anverso de la receta)

- Presentación: Mensual
- Carátulas de Presentación: Las que emite el Validador (Obligatoria)
- Planilla de Presentación: Las que emite el Validador (Obligatoria)

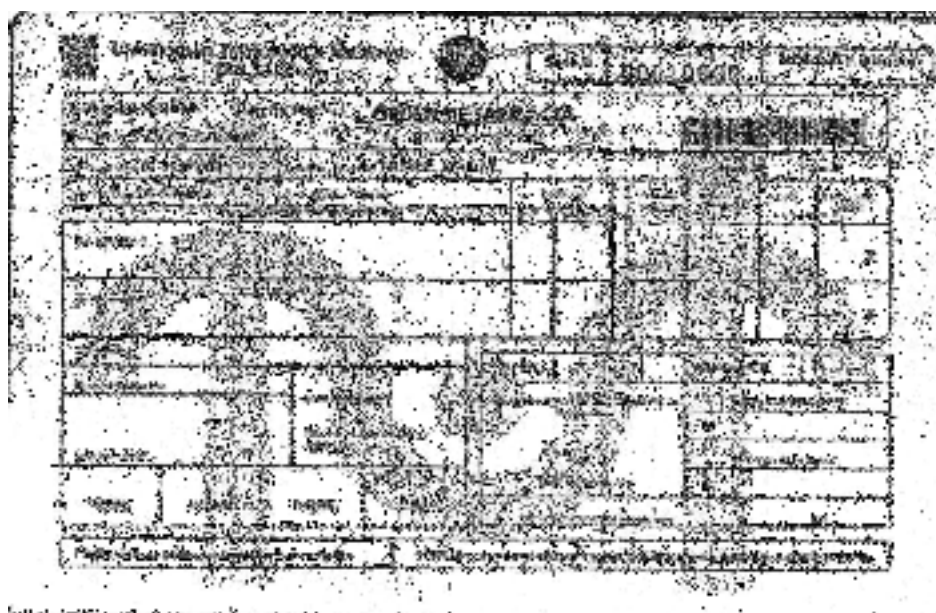
**GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

Salvo expresa autorización de la Auditoría Médica de DASUTeN, están excluidos de la presente norma de atención los siguientes productos:

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre  
Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos. Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas. Callicidas  
Cepillos de todo tipo. Productos de tocador y belleza. Cremas reductoras. Productos para la estética corporal. Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable, accesorios para curaciones y accesorios médicos (material cirugía, agujas, jeringas, etc.)- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Productos sin troquel.
- Herboristería, Homeopatía y Recetas Magistrales de todo tipo.
- Soluciones preterales.
- Medios de contraste radiológico.
- Radiopacos.
- Anorexígenos.
- Antisépticos de superficie.
- Anestésicos (a excepción de los anestésicos locales).
- Medicamentos oncológicos y citostáticos.
- Productos dietéticos y alimenticios.

- Edulcorantes.
- Jabones de todo tipo.
- Lotions capilares.
- Lotions dérmicas.
- Antihemoflicos.
- Tratamiento de la disfunción sexual.
- Reactivos
- Tuberculostaticos

**MODELOS DE RECETARIOS**





**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL**  
**D.A.S.U.T.E.N.**



Serie D

FACULTAD DE FARMACIA

**ORDEN DE FARMACIA**

Fecha emisión: 06/11/2018



# Ordenador: 98.8890888      Asesor/a: Lic. CRISTIAN PEREZ      Párrafo: A1      Juro: N1

# Esp. Farm. (D.E.): 11200006      Esp. Farm.: 11200006      Domicilio:      Costo:      Precio:      Impone:      Si. Carga: 0

Conc. a conciliación en el Hospital Central

1.1.1.1.1					X
1.1.1.1.2					X

Registro:

Nombre prescriptor:      Presc. Patologías:

Fecha emisión:      Fecha caducación de este p. recetario:

Nota: Dos      Total Recetas: 1      Y

Cita: 06/11/2018 10:00 (Cita 10:00) (Cita 10:00)      a Carga Farmacéutica (S)

0012

Firma Farmacéutico

Fecha y hora de la emisión

\* Quien solicita por vía telefónica la receta de Prescripción      Nota: Si desea dar a conocer los datos del paciente al teléfono de contacto, puede hacerlo.

MODELO DE CREDENCIAL



CREDENCIAL PROVISORIA AFILIADOS POR RECIPROCIDAD



MINISTERIO DE EDUCACION  
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL



D.A.S.U.Te.N

**CREDENCIAL PROVISORIA**

----- El Responsable Administrativo de la Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional certifica que:

----- El Sr/a ..... D.N.I. N°..... Nro Legajo..... es afiliado a ..... y está en condiciones de utilizar los servicios de profesionales médicos y biomédicos que brinda la Dirección de Atención de acuerdo con el convenio suscripto entre ambas instituciones –

----- Se acepta la presente certificación en los ..... días del mes de ..... de ..... para ser presentada al Prestador Médico Asesorado en que corresponde, la misma tiene validez hasta el .....



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

.....

Firma del Responsable

.....

Sello de la Institución

.....

Sello del Responsable

### NUEVOS RECETARIOS

En los nuevos recetarios, en el vértice superior izquierdo, encontrarán la fecha de vencimiento de cada plan. Ello se indica mediante la leyenda **“Vencimiento Plan: <fecha>”**. En caso que el vencimiento sea **“0”**, corresponde al plan ambulatorio, ya que este plan no posee vencimiento.

El objetivo del cambio es indicar la fecha de vencimiento de cada plan, por lo tanto, **la receta no tendrá validez superada dicha fecha.**

Los anteriores modelos de recetarios continuarán vigentes, mientras no se indique lo contrario.

Vencimiento Plan: 12/05/2016		<b>ORDEN DE FARMACIA</b>		[CODIGOBARRAS] [CODIGOBARRAS]		
Delegación: [NOMBRE LUGAR]		Plan: PLAN MATERNO				
N° Creadencia:	Apellido y Nombre: [NOMBRE AFILIADO]			Edad: [edad]	Sexo: [sexo]	
Tipo y N° Doc: (TIPO DOC)	Tipo Afiliado: (TIPO AFILIADO)	Cantidad		Cantidad ml o grs	Precio Unidad	
<small>Datos a completar por el Médico Prescriptor</small>		litros	cajas			Importe
Ej: (Gen/Aten)						%
Ej: (Gen/Aten)						%
Diagnóstico:		Fecha Disp:      /      /		Total Recetas (\$)      \$		
Fecha Prescripción:	Hirma Profesional			Cofirma entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Beneficiario (%)
Sello Institución		Sello autorización de firma y matrícula		S:		
				A Cargo Obra Social		
TROQUEL      TROQUEL      TROQUEL      TROQUEL		Hirma farmacéutico		S:		
				Firma Conforme del Beneficiario		DNI
* Datos Validos por 30 días desde su fecha de Prescripción				NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dars.		


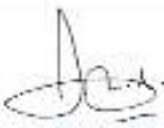


### RECETARIOS PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO

En dichos recetario se encontrarán pre-impresos todos los campos (fechas de emisión y prescripción, datos del afiliado, medicamentos prescritos, cantidades, % de descuento, sello del médico y firma) Los mismos se identifican bajo el título: ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO

Estos recetarios se utilizan también para la prescripción de Antidiabéticos Orales y Anticonceptivos.

Aclaración: por error en la implementación del sistema, existen recetarios circulando que no poseen la firma preimpresa del médico, estos recetarios se deben aceptar sin inconvenientes. Dicho error ya ha sido subsanado.

Cob: 1		Delegación: Facultad Regional Avellaneda			Fecha Emisión: 31/05/2019			
<b>ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO</b>								
IP Ciudadanía: 11-9999/00		Apellido y Nombre: JORGE ALTAMIRANO			Edad: 73	Sexo: M		
Tipo y nº Doc: 77777777		Tipo Afiliado: Titular	Cantidad	Cantidad otorgada	Precio Unitario	ImpORTE	T.A. (Carga O) Social 19%	
GÉNERICOS								
1	Rp. / soluc. parent/insul/glucoset/act. 3 ml		Nbre y Dosis 1 (una)					
2	.....		.....					
3	.....		.....					
4	.....		.....					
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: Hipertensión Arterial				
Fecha Prescripción: 31/05/2019		 Dr. ARNALDO MILANI Auditor Médico D.A.S.U.Te.N. MD: 87792		Fecha Disp: / /	A Cargo Beneficiario (R)			
TROCLES	TROCLES			TROCLES	TROCLES	Límite máximo de los medicamentos facturados	A Cargo Obrero Social (R)	
						R\$ 0,0		
				Firma Farmacéutica	R\$			
				Firma en Conformidad del Beneficiario	Actuación y CN:			
NOTA: En caso de cualquier imprevedible la misma indicada, posibilitar el envío.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				