

**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 productos 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 “ Accidente de Trabajo ” o en el plan se indica RRHH
CAPACIDADES DIFERENTES	100% Con copia de formulario de Capacidades Diferentes, prescripto por su médico, con AUTORIZACION de Auditoría Médica, adjunto a la receta. Sin formulario de Capacidades Diferentes, se podrá reconocer con cobertura 50% (Ambulatorio).
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

- Credencial en vigencia y Documento de Identidad.

RECETARIO

- OFICIAL
 - DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
 - Nombre y Apellido del paciente.(*)
 - Número de Asociado.(*). Verificar su existencia en el padrón vigente.
 - Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
 - Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
 - Fecha de prescripción.
 - Diagnostico
 - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- (*) Son válidos también los recetarios con datos filiatorios preimpresos.

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 ESPECIFICACIONESCUANDO 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.

PLAN CAPACIDADES DIFERENTES

Deberán concurrir con copia de formulario de Capacidades Diferentes prescripto por su médico de cabecera o personal, con la autorización de auditoría médica, el mismo podrá ser presentado en cualquiera de sus formatos (digitalizado o formato papel) adjunto a la receta médica, también reconocida por captura de pantalla, WhatsApp, mail, impresiones, etc. prescindiendo si es necesario del bono de farmacia oficial de DASUTeN, reconociendo de este modo cualquier otro recetario no institucional.

En caso de no presentar formulario, se podrá reconocer con cobertura ambulatoria al 50%- Sólo se podrán expender los indicados y autorizados en el formulario de capacidades diferentes. Para la validación de este plan utilizar la opción TRAT PROLONGADO

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) o al link: <http://dasutenweb.ddaval.com.ar/>
Por homologaciones remitir un mail a: 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.
- Lociones capilares.
- Lociones dérmicas.
- Antihemofílicos.
- Tratamiento de la disfunción sexual.
- Reactivos
- Tuberculostáticos

MODELOS DE RECETARIOS

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL D.A.S.U.Te.N.				Serie D 00010000		TALON PARA EL PRESTADOR	
Fecha Emisión: 22/11/2005 Cod: 90 Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Tipo de Plan ORDEN DE FARMACIA Plan: MATERNO INFANTIL					
N° Credencial: 01-99999/00 Tipo y N° Doc: DU-9999999		Apellido y Nombre: PEREZ, MARÍA Tipo Afiliado: Titular		Edad: 32 Sexo: F			
Datos a completar por el Médico Prescriptor				Cantidad Nros. Leños		Cantidad Entregada Precio Unitario Importe % A Cargo O. Social	
Rp./[Genérico]							
Rp./[Genérico]							
Diagnóstico: Fecha Prescripción: Sello Institución				Firma Profesional Sello aclaración de firma y matrícula		Fecha Disp.: Total Receta (\$) \$ Certificado entrega de los medicamentos facturados A Cargo Beneficiario (\$) \$ SELLO A Cargo Obra Social (\$) \$ Firma Farmacéutica Firma Conforme del Beneficiario DNI	
TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL	
* Orden Valida por 15 días desde su fecha de Prescripción.				NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.			

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL D.A.S.U.Te.N.				Serie D		TALON PARA EL PRESTADOR	
Fecha Emisión: 03/11/2003 Cod: 90 Delegación: Dasuten		Tipo de Plan ORDEN DE FARMACIA					
N° Credencial: 90-99999/00 Tipo y N° Doc: DU-12356896		Apellido y Nombre: GUSTAVO PEREZ Tipo Afiliado: Titular		Edad: 43 Sexo: M			
Datos a completar por el Médico Prescriptor				Cantidad Nros. Leños		Cantidad Entregada Precio Unitario Importe % A Cargo O. Social	
Rp./[Genérico]							
Rp./[Genérico]							
Diagnóstico: Fecha Prescripción: Sello Institución				Firma Profesional Sello aclaración de firma y matrícula		Fecha Disp.: Total Receta (\$) \$ Certificado entrega de los medicamentos facturados A Cargo Beneficiario (\$) \$ SELLO A Cargo Obra Social (\$) \$ Firma Farmacéutica Firma Conforme del Beneficiario DNI	
TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL	
* Orden Valida por 15 días desde su fecha de Prescripción.				NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.			

MODELO DE CREDENCIAL



D.A.S.U.Te.N
Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional

MONTESANTO, SILVIA BEATRIZ
N° Legajo: 13-58803/00

DNI: 27.049.677
Facultad Regional Buenos Aires



CREDENCIAL PROVISORIA AFILIADOS POR RECIPROCIDAD



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL



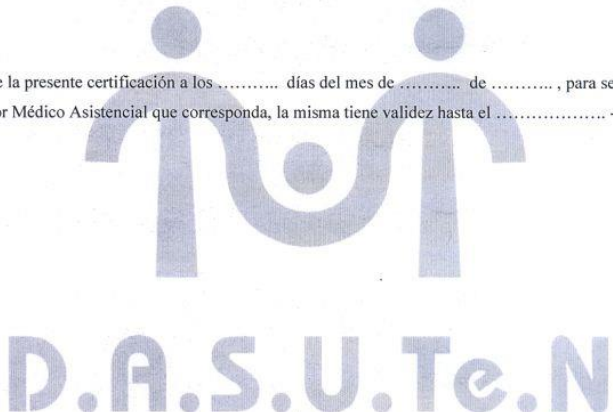
D.A.S.U.Te.N

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 prestaciones médicas y farmacia que brinda la Dasuten de acuerdo con el convenio suscripto entre ambas instituciones.--

- Se expide la presente certificación a los días del mes de de , para ser presentada al Prestador Médico Asistencial que corresponda, la misma tiene validez hasta el - - - - -



.....
Firma del Responsable

.....
Sello de la Institución

.....
Sello del Responsable

Vencimiento Plan: 12/05/2016		ORDEN DE FARMACIA		{CODIGOBARRAS} {CODIGOBARRAS}																													
Delegación: {NOMBRELUGAR}		Plan.: PLAN MATERNO																															
N° Credencial: {NOMBRECREDENCIAL}		Apellido y Nombre: {NOMBREAFILIADO}		Edad: {edad}	Sexo: {sexo}																												
Tipo y N° Doc: {TIPODOC}-		Tipo Afiliado: {TIPOAFILIADO}		Cantidad																													
Datos a completar por el Médico Prescriptor				Cantidad Entregada	Precio Unitario																												
		Nros.	Letras	Importe	% A Cargo O. Social																												
Rp./ (Genérico)					%																												
Rp./ (Genérico)					%																												
Diagnostico:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Fecha Disp.:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total Receta (\$)</td> <td>\$.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" rowspan="3" style="text-align: center;"> Certifico entrega de los medicamentos Facturados SELLO Firma Farmacéutico </td> <td colspan="2" style="text-align: center;">A Cargo Beneficiario (\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">\$.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">A Cargo Obra Social</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">\$.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Firma Conforme del Beneficiario</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">DNI</td> </tr> </table>				Fecha Disp.:				Total Receta (\$)	\$.	Certifico entrega de los medicamentos Facturados SELLO Firma Farmacéutico				A Cargo Beneficiario (\$)		\$.		A Cargo Obra Social						\$.		Firma Conforme del Beneficiario				DNI	
Fecha Disp.:								Total Receta (\$)	\$.																								
Certifico entrega de los medicamentos Facturados SELLO Firma Farmacéutico						A Cargo Beneficiario (\$)																											
						\$.																											
				A Cargo Obra Social																													
				\$.																													
Firma Conforme del Beneficiario				DNI																													
Fecha Prescripción:		Firma Profesional Sello aclaración de firma y matrícula																															
Sello Institución																																	
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL																														

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.

COD: 1		DELEGACIÓN: Facultad Regional Avellaneda				FECHA EMISIÓN: 31/05/2019	
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO							
N° Credencial: 11-99999/00		Apellido y Nombre: JORGE ALTAMIRANO			Edad: 73	Sexo: M	
Tipo y N° Doc: 77777777		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A. Cargo O. Social 70 %
1	Rp./ soluc.parent/fisiol/glucos/otras-a.x 3 ml			1 (uno)			
2				-----			
3				-----			
4				-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnostico.: Hipertensión Arterial			
Fecha Prescripción: 31/05/2019		 Dr. ARNALDO MILANI Auditor Médico D.A.S.U.Te.N MN: 87792		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		\$.	
				SELLO		A Cargo Obra Social (\$)	
				Firma Farmacéutico		\$.	
		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.			