

## ANEXO INFORMACIÓN N° 01/24 – S.U.



## Marzo 2024

Obra Social  
**DASUTEN**

Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional  
Nº CUIT: 30-54667116-6 Cód. O.S.: 00974  
Dirección: Sarmiento 440 – 4º Piso - Capital Federal

|                                                                                                                                                                                 |             |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCUENTO:</b>                                                                                                                                                               | <b>OS:</b>  | <b>Afiliado:</b> | <b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>GENERAL</b> <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                   | <b>40%</b>  | <b>RESTO</b>     | <b>(1) TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TTO.—PROLONGADO</b> <sup>(2)</sup>                                                                                                                                           | <b>60%</b>  | <b>RESTO</b>     | <b>Oficial: NO                      Otros: SI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TTO. PROLONGADO</b> <sup>(2)</sup>                                                                                                                                           | <b>100%</b> | <b>----</b>      | Para el Plan del 50%, se reconocerán todos los medicamentos de venta <b>bajo receta médica según requisitos vigentes por el Ministerio de Salud y con troquel (prescriptos por su nombre genérico según Ley 25649)</b> incluidos en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con <b>EXCLUSIONES (*)</b>                                                                                                                                         |
| <b>PMI</b> <sup>(3)</sup>                                                                                                                                                       | <b>100%</b> | <b>----</b>      | <b>(2) TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>AUTORIZADOS</b> <sup>(4)</sup>                                                                                                                                               | <b>100%</b> | <b>----</b>      | <b>Oficial: SI                      Otros: NO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VACUNAS CALENDARIO NACIONAL</b> <sup>(5)</sup>                                                                                                                               | <b>100%</b> | <b>----</b>      | Para Plan <b>PROLONGADO</b> , Se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescriptos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con <b>EXCLUSIONES</b> . Con las siguientes condiciones: Los recetas se encontrarán preimpresos con todos los datos del afiliado y los medicamentos prescriptos, con el sello y firma digitalizada del médico autorizante. (Ver médicos autorizantes). (*) |
| <b>VACUNAS AUTORIZADAS</b> <sup>(6)</sup>                                                                                                                                       | <b>40%</b>  | <b>RESTO</b>     | <b>Dentro de este plan se incluyen HIPOGLUCEMIANTES ORALES y ANTICONCEPTIVOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                   |             |                  | <b>(3) TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Oficial: SI                      Otros: SI</b>                                                                                                                               |             |                  | <b>Oficial: NO                      Otros: SI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días (desde la fecha de prescripción)</b>                                                                                                           |             |                  | Para Plan PMI: Se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescriptos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con <b>EXCLUSIONES</b> .<br>Recetas válidas para este plan:<br>- Con recetario membreado institucional o del profesional prescriptor, siempre acompañados con la copia del certificado PMI (emitido por DASUteN)                                                          |
| <b>TROQUELADO: SI</b> (Completo con N° y Cód. de barra)                                                                                                                         |             |                  | <b>(4) Para Plan AUTORIZADOS 100%:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>FECHA DE EXPENDIO: SI</b>                                                                                                                                                    |             |                  | <b>LECHES MATERNIZADAS Y MEDICAMENTOSAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DIAGNÓSTICO MÉDICO: SI</b>                                                                                                                                                   |             |                  | <b>TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:</b>                                                                                                                                         |             |                  | <b>Oficial: SI                      Otros: NO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Letras: SI                      Números: SI                                                                                                                                     |             |                  | Productos por receta: Hasta 4 k.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>                                                                                                                                                      |             |                  | <b>CAPACIDADES DIFERENTES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Por el Médico: SI                                                                                                                                                               |             |                  | <b>TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI                                                                                                                                |             |                  | <b>Oficial: NO                      Otros: SI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRÍCULA:</b>                                                                                                                                  |             |                  | Recetas válidas para este plan:<br>- Con la leyenda <b>DISCAPACIDAD</b> .<br>- Con membreado institucional o del profesional prescriptor, siempre acompañados con la copia del certificado CUD (emitido por las autoridades competentes)                                                                                                                                                                                                       |
| Con sello: SI                      Manuscrita: SI                                                                                                                               |             |                  | <b>(5) VACUNAS ESPECIALES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>DEL RESUMEN:</b>                                                                                                                                                             |             |                  | <b>Oficial: SI                      Otros: NO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Planilla: On Line                                                                                                                                                               |             |                  | Los recetas se encontrarán preimpresos con todos los datos del afiliado, con el sello y firma digitalizada del médico autorizante y credencial de DASUTEN.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cantidad: Una                                                                                                                                                                   |             |                  | <b>- Cobertura 100%:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Presentación: <b>MENSUAL</b>                                                                                                                                                    |             |                  | Antimeningococo (HIV, Trasplantados, brote epidemiológico),<br>HPV de calendario (entre 11 y 26 años, inmunocomprometidos y grupo de riesgo)<br>Antigripal de calendario trivalente.<br>Herpes Zoster (HIV,                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>PLANES POR SEPARADO</b>                                                                                                                                                      |             |                  | <b>(6) VACUNAS ESPECIALES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Facturación: dentro de los 30 días de realizada la dispensa.                                                                                                                    |             |                  | <b>- Cobertura 40%:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>VALIDACION OBLIGATORIA</b>                                                                                                                                                   |             |                  | Necesita previa autorización para cobertura del 40%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Para toda la Provincia de Buenos Aires.                                                                                                          |             |                  | <b>(**) LISTADOS DE MEDICOS AUTORIZANTES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DE LA PRESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                                                                      |             |                  | Dr. VIDAL MARIANO - MN 115911                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> 2 (dos) de distinto principio activo.                                                                                                              |             |                  | Dr. MILANI ARNALDO - MN 87792                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Anticonceptivos según corresponda.                                                                                                                                              |             |                  | Dr. FRANZOSI RICARDO - MP 39211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Crónico (Tratamiento prolongado): hasta 4 (cuatro) de distinto principio activo                                                                                                 |             |                  | Dr. BASTANZO RUBEN A. - MN 121282                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>CANTIDAD DE ENVASES:</b>                                                                                                                                                     |             |                  | Dr. FORESI FEDERICO - MP 61675                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>No se deben superar los 4 (cuatro) productos por receta, con un tope máximo de 2 envases del mismo producto, independientemente de su tamaño.</b>                            |             |                  | Dr. MONTES DE OCA ADRIAN - MP 1538                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Crónico (Tratamiento Prolongado): el tope por cantidad de medicamento y el límite del tamaño del envase se establece en cada receta, según cada tratamiento.                    |             |                  | Dra. SOTO, ESTELA - MN 97.093                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tamaño no especificado: dispensar la menor presentación.                                                                                                                        |             |                  | Dr. CAPPIELLO, MIGUEL ANGEL - MP 7943                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Cuando especifica grande: la presentación siguiente a la de menor tamaño.                                                                                                       |             |                  | Dra. DAVID, AGOSTINA - MP 8095                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Antibióticos inyectables:                                                                                                                                                       |             |                  | Dr. HEDIGER, MARIA EMILIA - MP 6831                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| envase individual: 5                      multidosis: 1                                                                                                                         |             |                  | Dr. LAMELZA, DARIO - MP 18601                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIGRIpal Y NEUMOCOCCI-CA:</b>                                                                                                                        |             |                  | Dra. ZANOTTI, MARIA LUCÍA DE JESÚS - MP 9847                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Fecha de INICIO: <b>01 de MARZO</b>                                                                                                                                             |             |                  | Dr. MAHLER, MANUEL ALBERTO - MP 5210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Fecha de FINALIZACIÓN: 31 de JULIO                                                                                                                                              |             |                  | Dr. CARLOS ESTEBAN PEPE - MP 6645                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TIPO DE RECETARIO: (*)</b>                                                                                                                                                   |             |                  | Dr. SCOCCO, DANILO GUALBERTO - MP 5296                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Oficial: SI                      Otros: NO</b>                                                                                                                               |             |                  | Dra. SOLSONA, BIBIANA - MP 21552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Grupos de riesgo: Recetario oficial y credencial de DASUTEN.                                                                                                                    |             |                  | Dra. DAS NEVES, ANDREA VERONICA - MP 113936                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| -Resto de Población: cobertura al 40%. <b>Plan general. Con autorización de Auditoría Médica. Para vacuna antigripal tetravalente se debiera solicitar autorizacion previa.</b> |             |                  | Dra. CUENYA CAO, VICTORIA - MN 143851                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                 |             |                  | Dra. LLADO SANCHEZ, VALERIA - MN 36320/4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**OBSERVACIONES: (\*)**

**Oficial:** Los recetarios oficiales contienen los siguientes datos completados por DASUTEN: se reconocerán todos los medicamentos incluidos en orden de farmacia pre-impresa D.A.S.U.Te.N., con EXCLUSIONES, bajo las siguientes condiciones:

- órdenes de farmacia pre- impresas D.A.S.U.Te.N. (ver ANEXO I)
- datos del afiliado (nombre completo, número de afiliado, DNI)
- prescripción de los medicamentos
- firma y sello del Auditor Médico impresos
- fecha de prescripción

**Otros:** Serán válidos los recetarios con membrete institucional o del profesional prescriptor, bajo receta médica según requisitos vigentes por el Ministerio de Salud, bajo las siguientes condiciones:

- membrete de institución o del médico, o bien, sello del médico con especialidad y tipo y número habilitante de matrícula.
- datos del afiliado (nombre completo, número de afiliado, DNI)
- diagnóstico médico prescripto por el profesional médico y/o motivo de indicación.
- firma y sello del médico.
- fecha de prescripción

**IMPORTANTE:** Los médicos auditores de D.A.S.U.Te.N podrán autorizar, mediante sello y firma, todo expendio que se contraponga con la presente norma (ejemplo: mayores cantidades, medicamentos excluidos, otros descuentos, etc.). Deberán ser facturadas en el PLAN AUTORIZADOS.

ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCCICA POLISACARIDA

|                                                                                                                                                              |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Vencimiento Plan: 31/07/2020                                                                                                                                 |  | <b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b> |                                                  |  |                           |
| Delegación: D.A.S.U.Te.N Central                                                                                                                             |  | Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN       |                                                  |                                                                                       |                           |
| Nº Credencial: 01-88888/00                                                                                                                                   |  | Apellido y Nombre: PRIETO, LOLA      |                                                  | Edad: 41      Sexo: F                                                                 |                           |
| Tipo y Nº Doc: DU-26952627                                                                                                                                   |  | Tipo Afiliado: Titular               |                                                  |                                                                                       |                           |
| GÉNÉRICO                                                                                                                                                     |  | Cantidad                             | Cantidad Entregada                               | Precio Unitario                                                                       | Importe                   |
| 1    Rp./ Vacuna Antineumococo polisacarida dosis vacunante                                                                                                  |  | 1 (uno)                              |                                                  |                                                                                       |                           |
|                                                                                                                                                              |  | Nros y Letras                        |                                                  |                                                                                       | % A Cargo O. Social       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      |                                                  |                                                                                       | 100 %                     |
| Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo                                                                                                          |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
| MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPEDICIÓN:                                                                                                                           |  |                                      | Fecha Prescripción: 30/04/2020                   |                                                                                       |                           |
| <br>Dr. Mariano Rubén Vidal<br>Auditor Médico D.A.S.U.Te.N<br>M.N. 115911 |  |                                      | Fecha Disp:    /    /                            |                                                                                       | A Cargo Beneficiario (\$) |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | Certifico entrega de los medicamentos facturados |                                                                                       | \$.                       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | SELLO<br>Firma Farmacéutica                      |                                                                                       | \$.                       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | Firma en Conformidad del Beneficiario            |                                                                                       | Tel:                      |
| TROQUEL                                                                                                                                                      |  |                                      | Aclaración y DNI:                                |                                                                                       |                           |
| NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.                                                                           |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
| * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.                                                                                                   |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |

ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA

|                                                                                                                                                              |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Vencimiento Plan: 31/07/2020                                                                                                                                 |  | <b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b> |                                                  |  |                           |
| Delegación: D.A.S.U.Te.N Central                                                                                                                             |  | Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN       |                                                  |                                                                                       |                           |
| Nº Credencial: 01-99999/00                                                                                                                                   |  | Apellido y Nombre: PRIETO, ALEJANDRO |                                                  | Edad: 41      Sexo: M                                                                 |                           |
| Tipo y Nº Doc: DU-26952627                                                                                                                                   |  | Tipo Afiliado: Titular               |                                                  |                                                                                       |                           |
| GÉNÉRICO                                                                                                                                                     |  | Cantidad                             | Cantidad Entregada                               | Precio Unitario                                                                       | Importe                   |
| 1    Rp./ Vacuna Antineumococo conjugada dosis vacunante                                                                                                     |  | 1 (uno)                              |                                                  |                                                                                       |                           |
|                                                                                                                                                              |  | Nros y Letras                        |                                                  |                                                                                       | % A Cargo O. Social       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      |                                                  |                                                                                       | 100 %                     |
| Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo                                                                                                          |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
| MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPEDICIÓN:                                                                                                                           |  |                                      | Fecha Prescripción: 30/04/2020                   |                                                                                       |                           |
| <br>Dr. Mariano Rubén Vidal<br>Auditor Médico D.A.S.U.Te.N<br>M.N. 115911 |  |                                      | Fecha Disp:    /    /                            |                                                                                       | A Cargo Beneficiario (\$) |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | Certifico entrega de los medicamentos facturados |                                                                                       | \$.                       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | SELLO<br>Firma Farmacéutica                      |                                                                                       | \$.                       |
|                                                                                                                                                              |  |                                      | Firma en Conformidad del Beneficiario            |                                                                                       | Tel:                      |
| TROQUEL                                                                                                                                                      |  |                                      | Aclaración y DNI:                                |                                                                                       |                           |
| NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.                                                                           |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |
| * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.                                                                                                   |  |                                      |                                                  |                                                                                       |                           |

ORDEN DE TRATAMIENTO PROLONGADO

|                                                                                    |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|---------|--|---------------------------|--|
| COD: 1                                                                             |  | DELEGACIÓN: Facultad Regional Avellaneda |                                                                                                                                           |                                  |  | FECHA EMISIÓN: 10/05/2019                                  |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRONICO                          |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |  |                   |  |         |  |                           |  |
| Nº Credencial: 99-9999/99                                                          |  |                                          |                                                                                                                                           | Apellido y Nombre: CRESPO HERNAN |  |                                                            |  | Edad: 83                  |                                                                                     | Sexo: F           |  |         |  |                           |  |
| Tipo y Nº Doc: 12952999                                                            |  |                                          | Tipo Afiliado: Persona a cargo                                                                                                            |                                  |  | Cantidad                                                   |  | Cantidad Entregada        |                                                                                     | Precio Unitario   |  | Importe |  | 15 A Cargo O. Social 79 % |  |
| GÉNERICOS                                                                          |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| 1 Rp./ buflomedil-300 mg comp.x 40 (300mg)                                         |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  | 1 (uno)                                                    |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| 2                                                                                  |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  | -----                                                      |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| 3                                                                                  |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  | -----                                                      |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| 4                                                                                  |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  | -----                                                      |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA                                  |  |                                          |                                                                                                                                           |                                  |  | Diagnostico: Arritmias Cardíacas                           |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
| Fecha Prescripción: 10/05/2019                                                     |  |                                          | <div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>TROQUEL</div> <div>DEBE ESTAR EL MEDICO AUTORIZANTE DE LA OBRA SOCIAL</div> |                                  |  | Fecha Disp.: / /                                           |  | A Cargo Beneficiario (\$) |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
|                                                                                    |  | \$.                                      |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
|                                                                                    |  | A Cargo Obra Social (\$)                 |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
|                                                                                    |  | \$.                                      |                                                                                                                                           |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |
|                                                                                    |  |                                          | Certifico entrega de los medicamentos facturados                                                                                          |                                  |  | SELO                                                       |  | Firma Farmacéutico        |                                                                                     | Tel:              |  |         |  |                           |  |
|                                                                                    |  |                                          | Firma en Conformidad del Beneficiario                                                                                                     |                                  |  |                                                            |  |                           |                                                                                     | 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. |  |                           |                                                                                     |                   |  |         |  |                           |  |

|                                                               |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                |                           |  |          |                                                                                     |  |  |
|---------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| COD: 1                                                        |  | DELEGACIÓN: Facultad Regional Avellaneda |  |                                  |                                                                                                                                | FECHA EMISIÓN: 10/05/2019 |  |          |                                                                                     |  |  |
| ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRONICO     |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                |                           |  |          |  |  |  |
| Nº Credencial: 99-9999/99                                     |  |                                          |  | Apellido y Nombre: CRESPO HERNAN |                                                                                                                                |                           |  | Cantidad |                                                                                     |  |  |
| GÉNERICOS                                                     |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                | Nros.                     |  | Letras   |                                                                                     |  |  |
| 1 Rp./ buflomedil-300 mg comp.x 40 (300mg)                    |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                | 1                         |  | uno      |                                                                                     |  |  |
| 2                                                             |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                | -----                     |  | ---      |                                                                                     |  |  |
| 3                                                             |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                | -----                     |  | ---      |                                                                                     |  |  |
| 4                                                             |  |                                          |  |                                  |                                                                                                                                | -----                     |  | ---      |                                                                                     |  |  |
| Diagnostico.: Arritmias Cardíacas                             |  |                                          |  |                                  | NOTA: Dejo constancia de haber recibido una orden de farmacia para el suministro de los medicamentos indicados a mi patologia. |                           |  |          | Firma en conformidad del beneficiario                                               |  |  |
| Firma Auditor Médico<br>Sello aclaración de firma y matricula |  |                                          |  |                                  | Fecha de entrega del formulario / /                                                                                            |                           |  |          | Aclaración y DNI:                                                                   |  |  |

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| AFILIADO: CRESPO HERNAN             |                   |
| Fecha Emisión: 10/05/2019           | Coseguro: \$ 0.00 |
| FARMACIA T. PROLONGADO              | Aclaración        |
| Firma y Sello Responsable Tesorería |                   |

|                                     |                                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AFILIADO: CRESPO HERNAN             |                                                                                                       |
| Fecha Emisión: 10/05/2019           | Coseguro: \$ 0.00                                                                                     |
| FARMACIA T. PROLONGADO              | <br>001000617860 |
| Firma y Sello Responsable Tesorería |                                                                                                       |

Exclusiones por Droga:

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| abciximab                       | inmunoglobulina anti-rho         |
| accesorio                       | inmunoglobulina antirrabica      |
| adalimumab                      | inmunoglobulina humana           |
| adefovir dipivoxil              | insulina humana                  |
| adrenalina                      | interferón alfa 2 A              |
| albumina humana                 | interferón alfa 2 B              |
| alefacept                       | interferón beta                  |
| amorolfina                      | interferón beta 1 A              |
| anagrelide                      | interferón beta 1 A sin albumina |
| anti-inhibidor factor VIII      | interferón gamma                 |
| basiliximab                     | molgramostim                     |
| busereline                      | omalizumab                       |
| ciclopirox                      | ondansetron                      |
| ciclopiroxolamina               | orlistat                         |
| clomifeno                       | palivizumab                      |
| deferasirox                     | part. similares al HPV           |
| dnasa humana recombinante       | riluzol                          |
| eritropoyetina recomb. Humana   | rituximab                        |
| estreptoquinasa                 | rotavirus                        |
| etanercept                      | stavudina                        |
| exenatida                       | sildenafil                       |
| fentanilo                       | suero antitimocitario            |
| filgrastim                      | teriparatida                     |
| fsh                             | tobramicina                      |
| fsh + lh                        | trastuzumab                      |
| gonadotrofina corionica         | triac                            |
| histrelina acetato              | eflomitina, clorhidrato          |
| imatinib                        |                                  |
| infliximab                      |                                  |
| inmunoglobulina antihepatitis B |                                  |

**Exclusiones por Forma Farmacéutica:**

|                                |
|--------------------------------|
| Leches maternizadas            |
| Leches medicamentosas          |
| Solución de uso externo/Loción |
| Tiras reactivas                |

**Exclusiones por Tipo de Venta:**

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| Venta libre                                           |
| Medicamentos de alto costo o denominados catastrofes. |
| Vacunas autorizadas.                                  |

**Exclusiones por Acción Farmacológica:**

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Adelgazante                         | Hidratante                        |
| Alimento infantil                   | Hidratante dérmico                |
| Anabólicos                          | Hidratante nutriente dérmico      |
| Análogo hormona de crecimiento      | Hidratante protector solar        |
| Anticonceptivo                      | Hidratante protector piel seca    |
| Antineoplásico                      | Higiene de la piel                |
| Antiviral contra HIV                | Higiene facial                    |
| Citostático                         | Higiene femenina                  |
| Complemento dietario                | Higiene personal                  |
| Cosmético capilar                   | Higiene vaginal                   |
| Dermatocosméticos                   | Hipoalergenico                    |
| Edulcorantes                        | Hormono supresor                  |
| Factor estim. Crec. Granulocitos    | Hormonoterapia antineoplasica     |
| Inmunosupresor                      | Humectante                        |
| medicamentos oncológicos            | Humectante astringente            |
| Producto alimenticio                | Humectante de parpados            |
| Abrasivo de limpieza                | Humectante vaginal                |
| Aceite para masajes musculares      | Inductor ovulación                |
| Acelerador de bronceado             | Inhibidor de la proteasa          |
| agonista LHRH                       | Inhibidor fotoenvejecimiento      |
| Anovulatorio                        | Inmunostimulante                  |
| Antiarrugas                         | Inmunomodulador                   |
| Anticaspa                           | Limpiador p/piel acneica          |
| Antimetabolito                      | Limpieza capilar                  |
| Antioxidante exfoliativo            | Limpieza de protesis dentales     |
| Antioxidante fotoprotector          | Nutricion enteral                 |
| Antiplaca antisarro                 | Nutricion p/ pacientes diabeticos |
| Antitranspirante                    | Nutricion isotonica balanceada    |
| Blanqueador dental                  | Nutricion parenteral              |
| Citoprotector                       | Nutriente dermico                 |
| Coadyuvante coagulacion             | Pantalla solar                    |
| Coadyuvante en oncologia            | Polivitaminico                    |
| Crema dental                        | Polivitaminico polimineral        |
| Crema dental antisarro              | Productos odontologicos           |
| Crema dental para dientes sensibles | Protector dermico                 |
| Crema dental para encias irritadas  | Protector labial                  |
| Dermaaclarante                      | Protector solar                   |
| Desodorante                         | Queratolitico/Topico p/verrugas   |
| Desodoante pedico                   | Reconstituyente dermico           |
| Dieta elemental c/ glutamina        | Reductor                          |
| Emoliente                           | Reductor y reafirmante corporal   |
| Enjuage bucla antiplaca             | Regenerador capilar               |
| Estimulador de la eritropoyesis     | Revelador de placa bacteriana     |
| Exofiliante                         | Revitalizador humectante          |
| Exofoliante corporal                | Sal bajo cont. en sodio           |
| Factor recombinante humano          | Solucion bucal                    |

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Farmaco antiobesidad no sistemica | Somatotropico                    |
| Filtro solar                      | Suplemento nutricional           |
| Formula de continuacion           | Trat. De la obesidad             |
| Formula de inicio                 | Trat. De la acromegalia          |
| Formula hipoalergenica            | Trat. De la artritis reumatoidea |
| Formula infantil                  | Trat. Carcinoma de vejiga        |
| Fórmula para lactantes            | Trat. De estrias                 |
| Gonadotropinoterapia              | Vitamínico                       |