

Vigencia: A partir del 01/05/2025

1. COBERTURA

1. DE LA COBERTURA	- Vademecum: Manual Farmacéutico o Agenda Kairos. - Productos: Venta bajo receta. - Precios: Vigentes al día del expendio. - Validación por farmacia con sistema vigente. - Incluye psicofármacos (el profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No tienen validez las recetas fotocopiadas).
2. DOCUMENTACION DEL AFILIADO	- Credencial: física o digital. - D.N.I. - Receta médica legal vigente o Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N.
3. DATOS QUE DEBE CONTENER LA RECETA	- Apellido y nombre del afiliado. - Numero de afiliado (es válida cualquiera de ambas opciones): 1) compuesto por 2 dígitos para la delegación, en el centro el número de legajo de 5 o 6 dígitos, y dos dígitos más para la condición de afiliado (ej. 01-12345/00). 2) Compuesto por los 5 o 6 dígitos centrales (ej. 12345). - Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra. - Medicamento Prescripto por nombre genérico / Forma farmacéutica y dosis por unidad (cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad). - Diagnóstico o motivo de la indicación. - Firma y sello con número de matrícula del profesional según legislación vigente. - Fecha de prescripción. NOTA: Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
4. TIPOS DE RECETARIO	- Recetas: Particular / Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N. (ver apartado 2) - Soporte: Electrónica (se aceptarán digitales o manuscritas según disposición de Autoridad Sanitaria en cada jurisdicción provincial) - Prescripción: Genérica / Forma Farmacéutica - Validez: 30 días corridos desde la fecha de prescripción

	- Plataformas: Solo habilitadas según Autoridad Sanitaria - Cantidades: hasta 4 productos de distinto principio activo por receta. Excepto Plan Tratamiento Prolongado, con topes y cantidades indicados en la receta pre-impresa oficial D.A.S.U.Te.N. - Máximo: hasta 2 envases (independientemente de su tamaño) por cada producto o principio activo por receta. Excepto Plan Tratamiento Prolongado - Si no indica tamaño: dispensar la de menor presentación o primer tamaño - Si no indica cantidad: dispensar un envase - Si indica “grande” dispensar la siguiente a la menor presentación o primer tamaño. - Antibióticos inyectables: - Monodosis hasta 5 envases por recetas - Multidosis hasta 1 envase por receta
5. DOCUMENTACIÓN DE LA FARMACIA PARA FACTURAR	- Receta física o impresa por la farmacia o el afiliado - Pegar o abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden que fueron prescriptos - Fecha de dispensa - Copia del ticket fiscal de venta o ticket homologado y consignar los importes unitarios y totales y porcentajes a cargo de la entidad. Porcentaje de descuento convenido sobre valor Kairos. Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto - Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira con nombre completo, domicilio, teléfono y DNI * La ausencia de alguno de estos items podrá ser motivo de débito.
6. EXCLUSIONES DE COBERTURA	- Adelgazante - Alimento infantil - Anabólicos - Análogo hormona de crecimiento - Anticonceptivos - Antineoplásico - Antiviral contra HIV - Citostático - Complemento dietario - Cosmético capilar - Dermatocosmético - Edulcorantes - Factor estim. Crec. Granulocitos - Inmunosupresor - Medicamentos oncológicos - Productos alimenticios

- Abrasivo de limpieza
- Aceite para masajes musculares
- Acelerador del bronceado
- Agonista LHRH
- Anovulatorio
- Antiarrugas
- Anticaspa
- Antimetabolito
- Antioxidante exfoliativo
- Antioxidante fotoprotector
- Antiplaca antisarro
- Antitranspirante
- Blanqueador dental
- Citoprotector
- Coadyuvante coagulación
- Coadyuvante en oncología
- Crema dental
- Crema dental antisarro
- Crema dental para dientes sensibles
- Crema dental para encías irritadas
- Dermoacclarante
- Desodorante
- Desodorante pédico
- Dieta elemental con glutamina
- Emoliente
- Enjuague bucal antiplaca
- Estimulador de eritropoyesis
- Exfoliante
- Exfoliante corporal
- Factor recombinante humano
- Fármaco antiobesidad no sistémica
- Filtro solar
- Fórmula de continuación
- Fórmula de inicio
- Fórmula hipoalergénica
- Fórmula infantil
- Fórmula para lactantes
- Gonadotropinoterapia
- Hidratante
- Hidratante dérmico
- Hidratante nutriente dérmico
- Hidratante protector piel seca
- Higiene de la piel
- Higiene facial
- Higiene femenina
- Higiene personal
- Higiene vaginal
- Hipoalergénico
- Hormonosupresor

- Hormonoterapia antineoplásica
- Humectante
- Humectante astringente
- Humectante de párpados
- Humectante vaginal
- Inductor ovulación
- Inhibidor de la proteasa
- Inhibidor fotoenvejecimiento
- Inmunomodulador
- Limpiador para piel acneica
- Limpieza capilar
- Limpieza de prótesis dentales
- Nutrición enteral
- Nutrición para pacientes diabéticos
- Nutrición isotónica balanceada
- Nutrición parenteral
- Nutriente dérmico
- Pantalla Solar
- Polivitamínico
- Polivitamínico polimeral
- Productos odontológicos
- Protector dérmico
- Protector labial
- Protector solar
- Queratolítico / tópico para verrugas
- Reconstituyente dérmico
- Reductor
- Reductor y reafirmante corporal
- Regenerador capilar
- Revelador de placa bacteriana
- Revitalizador humectante
- Sal bajo contenido de sodio
- Solución bucal
- Somatotrópico
- Suplemento nutricional
- Tratamiento de obesidad
- Tratamiento de acromegalia
- Tratamiento de artritis reumatoidea
- Tratamiento de carcinoma de vejiga
- Tratamiento de estrías
- Vitamínico
- Venta libre.
- Y todo aquel producto medicamentoso no incluído en PMO y/o de programa de cobertura especial D.A.S.U.Te.N. y fuera del resto. Ejemplo: Agonista GLP-1, insulinas, biológicos, etc.

2. PLANES

1. PLAN GENERAL	- Cobertura General (ver apartado 1). - A cargo del afiliado: 60%. - A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 40%. - A cargo de la farmacia: 0%. - Tipo de recetario: Particular. - Con exclusiones (ver apartado 1.6).
2. PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO 60% / 100% (el dato del porcentaje se encuentra en el margen superior derecho)	- Cobertura General (ver apartado 1). - A cargo del afiliado: 0% / 40% (según indicación de receta). - A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 100% / 60% (según indicación de receta). - A cargo de la farmacia: 0%. - Tipo de recetario: Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N. - Cobertura 100%. Hipoglucemiantes / anticonceptivos / DIU / Implantes subdérmicos / Capacidades diferentes. - Incluidas en este plan leches maternizadas y medicamentosas.
3. P.M.I.	- Cobertura General (ver apartado 1). - A cargo del afiliado: 0%. - A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 100%. - A cargo de la farmacia: 0%. - Tipo de recetario: Particular / Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N. - Con exclusiones (ver apartado 1.6).
4. AUTORIZADOS	- Cobertura General (ver apartado 1). - A cargo del afiliado: según indicación. - A cargo de D.A.S.U.Te.N.: según indicación. - A cargo de la farmacia: 0%. - Tipo de recetario: Particular. - Ver médicos autorizantes.
5. VACUNACIÓN	- Cobertura General (ver apartado 1) - Solo para vacuna Antigripal (se cubre Trivalente y se reconocerá Tetravalente con autorización expresa de médicos autorizantes) y Anti Neumocócica - Bono pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N. con cobertura 100% a cargo de D.A.S.U.Te.N. solo para grupos de riesgo / rango etario - Aquellos que esten fuera de grupo de riesgo / rango etario se regirán por Plan General - Vigencia del plan del 1º de marzo y hasta el 31 de julio (inclusive) de todos los años.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- El expendio fuera de la fecha se reconocerá como Plan General.- Resto de las vacunas se reconocerán como Plan General / Plan Autorizados. |
|--|--|

LISTADO DE MÉDICOS AUTORIZANTES

- ALANIZ, Rubén
- BASTANZO, Rubén Alberto
- CAPPIELLO, Miguel Angel
- CUENYA CAO, Victoria
- DAS NEVES, Andrea Verónica
- DAVID, Agostina
- FORESI, Alberto Federico
- FRANZOSI, Ricardo
- HEDIGER, María Emilia
- LAFI, Gabriela
- LAMELZA, Dardo Rubén
- LLADO SANCHEZ, Valeria Vanesa Judith
- MILANI, Arnaldo Pablo
- MONTES DE OCA, Adrián
- PEPE, Carlos Esteban
- RIVEROS DE LA VEGA, María Eugenia
- RUSCONI, Sonia
- SCOCCO, Danilo Gualberto
- SOLSONA, Bibiana Raquel
- SOTO, Estela Isabel
- TRECCO, Pedro
- VIDAL, Mariano Rubén
- ZANOTTI, María Lucía de Jesús

MODELO DE CREDENCIALES



CERTIFICADO PROVISORIO

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

----- El Sr./a [REDACTED] D.N.I. N° [REDACTED] Legajo U.T.N. N° [REDACTED] es Afiliado a la Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional – D.A.S.U.Te.N.

DATOS DE FAMILIARES A CARGO DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE	COD. CREDENCIAL	PARENTESCO	NRO DOCUMENTO

- Se expide la presente Certificación a los 6 días del mes de febrero de 2025 , para ser presentada al Prestador Medico Asistencial que corresponda, la misma tiene validez por el término de trescientos sesenta y cinco (365) días. - - -



Firma del Responsable



Sello de la Institución

NICOLAS GONZALEZ
Jefe de Departamento
Dpto. de Afiliaciones
Dirección de Acción Social
Universidad Tecnológica Nacional
Sello del Responsable

CREDENCIALES FÍSICAS



CREDENCIALES DIGITALES



Vencimiento Plan: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA			
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN		B 30714807	
Nº Credencial: 01-39447/01	Apellido y Nombre: DELUCA, HAYDEE			Edad: 73	Sexo: F
Tipo y Nº Doc: DU-4656952	Tipo Afiliado: Conyuge	Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNÉRICO		Nros y Letras			% A Cargo O. Social
1	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)	1 (uno)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal					
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPENDIO:			Fecha Prescripción: 17/03/2022		
 Dr. Mariano Rubén Vidal Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911			Fecha Disp: / /	A Cargo Beneficiario (\$)	
			Certifico entrega de los medicamentos facturados	\$.	
			SELLO Firma Farmacéutico	A Cargo Obra Social (\$)	
				\$.	
TROQUEL NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			Tel:		Aclaración y DNI:
			Firma en Conformidad del Beneficiario		

Vencimiento Plan: 31/07/2020		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA			
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	Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNÉRICO		Nros y Letras			% A Cargo O. Social
1	Rp./ Vacuna Antineumococo polisacarida dosis vacunante	1 (uno)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo					
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPENDIO:			Fecha Prescripción: 30/04/2020		
 Dr. Mariano Rubén Vidal Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911			Fecha Disp: / /	A Cargo Beneficiario (\$)	
			Certifico entrega de los medicamentos facturados	\$.	
			SELLO Firma Farmacéutico	A Cargo Obra Social (\$)	
				\$.	
TROQUEL NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			Tel:		Aclaración y DNI:
			Firma en Conformidad del Beneficiario		