

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

DESCUENTOS A CARGO DE DASUTeN:	
AMBULATORIO:	50% Para producto incluidos en el Manual Farmacéutico
P.M.I.:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
ANTICONCEPCIÓN:	100% Para todos los incluidos en el Manual Farmacéutico. con leyenda “Planificación Familiar”
ACCIDENTE DE TRABAJO:	100% Para productos incluidos en Manual Ftico – Las recetas se identifican con un sello cruzado con la leyenda “Accidente de Trabajo”
HIPOGLUCEMIANTES ORALES:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
AFILIADOS POR RECIPROCIDAD:	Ídem anteriores con credencial provisoria de DASUTeN (Ver Modelo adjunto)

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

RECETARIO
<ul style="list-style-type: none"> • OFICIAL • DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA: <ul style="list-style-type: none"> • 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 expendirá solamente uno). • Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad. • Fecha de prescripción. • Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma. <p>(*) Puede aceptarse con distinta tinta y letra, ya que las dependencias de DASUTeN personalizan las recetas.</p>

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

LÍMITES DE CANTIDADES

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

LÍMITES DE TAMAÑOS

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

IMPORTANTE:

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

OTRAS 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.

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.


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

Modelo de recetario PMI


				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		Apellido y Nombre: PEREZ, MARÍA		Edad: 32		Sexo: F	
Tipo y N° Doc: DU-99999999		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad		Cantidad Entregada	
Datos a completar por el Médico Prescriptor				Nos.		Letras	
Rp. (Genérico)						% A Cargo O. Social	
Rp. (Genérico)						%	
Diagnostico:				Fecha Disp.:		Total Receta (\$) \$	
Fecha Prescripción:		Firma Profesional		Certificado entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Beneficiario (\$)	
Sello Institución		Sello aclaración de firma y matrícula		SELLO		A Cargo Obra Social	
				Firma Farmacéutico		\$	
TROQUEL		TROQUEL		Firma Conforme del Beneficiario		DNI	
TROQUEL		TROQUEL		* Orden Valida por 15 días desde su fecha de Prescripción.			
				NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.			

				Serie D		TALON PARA EL PRESTADOR	
Fecha Emisión: 03/11/2003		Tipo de Plan: ORDEN DE FARMACIA					
Cod: 90 Delegación: Dasuten		Apellido y Nombre: GUSTAVO PEREZ		Edad: 43		Sexo: M	
N° Credencial: 90-99999/00		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad		Cantidad Entregada	
Datos a completar por el Médico Prescriptor				Nos.		Letras	
Rp. (Genérico)						% A Cargo O. Social	
Rp. (Genérico)						%	
Diagnostico:				Fecha Disp.:		Total Receta (\$) \$	
Fecha Prescripción:		Firma Profesional		Certificado entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Beneficiario (\$)	
Sello Institución		Sello aclaración de firma y matrícula		SELLO		A Cargo Obra Social (\$)	
				Firma Farmacéutico		\$	
TROQUEL		TROQUEL		Firma Conforme del Beneficiario		DNI	
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



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



D.A.S.U.Te.N

.....

Firma del Responsable

.....

Sello de la Institución

.....

Sello del Responsable

NUEVOS RECETARIOS MARZO 2015

En los nuevos recetarios, en el vértice superior izquierdo, encontrarán la fecha de vencimiento de cada plan. Ello se indica mediante la leyenda “**Vencimiento Plan: <fecha>**”.

En caso que el vencimiento sea “0”, corresponde al plan ambulatorio, ya que este plan no posee vencimiento.

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

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

Vencimiento Plan: 12/05/2016		ORDEN DE FARMACIA		{CODIGOBARRAS} {CODIGOBARRAS}			
Delegación: {NOMBRELUGAR}		Plan.: PLAN MATERNO					
Nº Credencial:	Apellido y Nombre: {NOMBREAFLIADO}			Edad: {edad}	Sexo: {sexo}		
Tipo y Nº Doc: {TIPODOC}-	Tipo Afiliado: {TIPOAFLIADO}	Cantidad		Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social
Datos a completar por el Médico Prescriptor		Nros.	Letras				
Rp./ (Genérico)							%
Rp./ (Genérico)							%
Diagnostico:		Firma Profesional		Fecha Disp.:		Total Receta(\$)	
Fecha Prescripción:							
Sello Institución		Sello aclaración de firma y matrícula		Certifico entrega de los medicamentos Facturados		A Cargo Beneficiario (\$)	
						\$.	
SELO		Firma Farmacéutico				A Cargo Obra Social	
						\$.	
TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL		TROQUEL	
Firma Conforme del Beneficiario				DNI			
* Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.			