

Buenos Aires, 05 de agosto de 2016.-

DASUTeN: MODIFICACION EN RECETARIOS Anticonceptivos e Hipoglucemiantes Orales

Por medio del presente informamos que a partir del día de la fecha los recetarios usados para la prescripción de medicamentos Anticonceptivos, que están dentro de la cobertura de Planificación Familiar, y los usados para la prescripción de Hipoglucemiantes Orales, tendrán pre-impresa la cobertura del 100%. Ambos casos irán sellados y firmados por los médicos auditores de DASUTeN.

El procedimiento anterior convivirá con el nuevo hasta el 30/10/2016.

MODELOS DE RECETARIOS

COD: 2		DELEGACIÓN: Facultad Regional Bahía Blanca			FECHA EMISIÓN: 02/08/2016		
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO							
N° Credencial: 12-12345/00		Apellido y Nombre: CRESPO, JULIO			Edad: 49	Sexo: M	
Tipo y N° Doc: 44444444		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A Cargo O. Social 100 %
1	Rp./ mefformina-300 mg comp.x 30 (300mg)			1 (uno)			
2				-----			
3				-----			
4				-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: DBT (Orales)			
Fecha Prescripción: 02/08/2016		Firma Auditor Médico Sello aclaración de firma y matricula		Fecha Dep.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Sello Firma Farmacéutica		A Cargo O. Social (\$)	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Aclaración y DNI:	
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al otorgar.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			

COD: 2		DELEGACIÓN: Facultad Regional Bahía Blanca			FECHA EMISIÓN: 02/08/2016		
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO							
N° Credencial: 12-99999/00		Apellido y Nombre: PEREZ, JULIA			Edad: 39	Sexo: F	
Tipo y N° Doc: 9999999		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A Cargo O. Social 100 %
1	Rp./ nomegestral acetato+estradiol-comp.x 28 [24+4] (2.5/1.5mg)			1 (uno)			
2				-----			
3				-----			
4				-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: Planificación Familiar			
Fecha Prescripción: 02/08/2016		Firma Auditor Médico Sello aclaración de firma y matricula		Fecha Dep.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Sello Firma Farmacéutica		A Cargo O. Social (\$)	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Aclaración y DNI:	
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al otorgar.				* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			