

# ANEXO INFORMACIÓN N° 28/20 – S.U.



MAYO 2020

## Obra Social DASUTEN

Nombre Completo: Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional  
N° CUIT: 30-54667116-6 Cód. O.S.: 00974  
Dirección: Sarmiento 440 – 4° Piso - Capital Federal

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:
COMUN 50 (1)	50%	RESTO
CRONICO (2)	70%	RESTO
PMI (3)	100%	----
AUTORIZADOS (4)	100%	----
ANTICONCEPTIVOS (5)	100 %	----
VACUNA ANTIGRI PAL	100 %	----
VACUNA ANTINEUMOCOCCICA	100 %	-----

### TIPO DE RECETARIO:

Oficial: SI (\*) Otros: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días (desde la fecha de prescripción)

TROQUELADO: SI (Completo con N° y Cód. de barra)

FECHA DE EXPENDIO: SI

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SI

### ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI Números: SI

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

### ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRÍCULA:

Con sello: SI Manuscrita: NO

### DEL RESUMEN:

Planilla: On Line

Cantidad: Una

Presentación: MENSUAL

PLANES POR SEPARADO

Facturación: dentro de los 30 días de realizada la dispensa.

VALIDACION OBLIGATORIA

COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.

### DE LA PRESCRIPCIÓN:

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.

Anticonceptivos según corresponda.

Crónico (Tratamiento prolongado): hasta 4 (cuatro) de distinto principio activo

CANTIDAD DE ENVASES: Un envase grande por renglón, es decir, se pueden vender hasta 2 (dos) envases grandes por receta.

Envases chicos: hasta 2 (dos) envases chicos por renglón, entonces se pueden vender hasta 4 (cuatro) envases chicos por receta, 2 (dos) por cada renglón de cada producto.

Crónico (Tratamiento Prolongado): el tope por cantidad de medicamento y el límite del tamaño del envase se establece en cada recetario, según cada tratamiento.

Tamaño no especificado: dispensar la menor presentación.

Cuando especifica grande: la presentación siguiente a la de menor tamaño.

Antibióticos inyectables:

envase individual: 5 multidosis: 1

### RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

(1) Para el Plan del 50%, se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescritos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con EXCLUSIONES.

(2) Para Plan CRONICO, Se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescritos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con EXCLUSIONES.

Con las siguientes condiciones: Los recetarios se encontrarán preimpreso con todos los datos del afiliado y los medicamentos prescritos, con el sello y firma digitalizada del médico autorizante. (Ver médicos autorizantes).

Dentro de este Plan se incluyen:

- HIPOGLUCEMIANTES: ORALES 100%(de orden pre impresa) con previa autorización (\*\*).

- ANTICONCEPTIVOS: Con leyenda 100%(de orden pre impresa)  
3 (tres por renglón) de productos de 21/28/30 comprimidos.

1 (un) envase por renglón de 56 comprimidos y 1 (envase de 28 comprimidos en el segundo renglón para cumplimentar la cobertura trimestral.

1(un) envase en un renglón de 91 comprimidos.

En el caso de anticonceptivos inyectables solicitar autorización a la obra social.

Anovulatorios/Anticonceptivos: cobertura al 100% con recetario que incluya la leyenda "PLAN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR".

(3) Para Plan PMI: Se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescritos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con EXCLUSIONES.

Las recetas se identificarán con la leyenda "Plan: MATERNO INFANTIL, con cobertura de leches  
Maternizadas: SI, Medicamentosas: SI (hasta 2 k por receta)

(4) Para Plan AUTORIZADOS:

- ACCIDENTE DE TRABAJO: En el PLAN dice RRHH
- CAPACIDAD DIFERENTE: Identificándose esta con la leyenda "DISCAPACIDAD", debiendo contar con la Autorización de alguno de los médicos autorizantes (\*\*)

(\*\*) Ver médicos autorizantes.

VACUNAS DENTRO DEL CALENDARIO: Serán reconocidas por DASUTEN en el PLAN PMI al 100% "sin autorización previa".

VACUNAS FUERA DEL CALENDARIO: No necesita previa autorización para cobertura del 50% (presentándose en el PLAN COMUN).

### CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIGRI PAL:

Fecha de INICIO: 1° MARZO

Fecha de FINALIZACIÓN: 31 JULIO

Menores a 24 meses y mayores de 65 años: ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA, acompañando la misma con credencial del beneficiario.

GRUPOS DE RIESGO (mayores a 24 meses y menores de 65 años): AUTORIZACIÓN ELECTRONICA. Esta deberá contar con todos los datos del beneficiario.

Resto de Población: cobertura al 50%. PLAN COMUN.

### CAMPAÑA DE VACUNACION ANTINEUMOCOCCICA:

Fecha de INICIO: 1° MARZO

Fecha de FINALIZACIÓN: 31 JULIO

Menores a 24 meses y mayores de 65 años: ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA, acompañando la misma con credencial del beneficiario.

GRUPOS DE RIESGO (mayores a 24 meses y menores de 65 años): AUTORIZACIÓN ELECTRONICA. Esta deberá contar con todos los datos del beneficiario.

Resto de Población: cobertura al 50%. PLAN COMUN

### (\*\*) LISTADOS DE MEDICOS AUTORIZANTES :


Dr. VIDAL MARIANO	MN 115911
Dr. MILANI ARNALDO	MN 87792
Dr. FRANZOSI RICARDO	MP 39211
Dr. BASTANZO RUBEN A.	MN 121282
Dr. FORESI FEDERICO	MP 61675
Dr. MONTES DE OCA ADRIAN	MP 1538
Dr. MOSER MARCELO	MN 89760

**OBSERVACIONES:**


(\*) Los recetas oficiales contienen los siguientes datos completados por DASUTEN: nombre y apellido, número de afiliado, fecha de emisión, etc.

**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>		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN		[Barcode]	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Apellido y Nombre: <b>PRIETO, LOLA</b>		Edad: <b>41</b>		Sexo: <b>F</b>	
Nº Credencial: <b>01-8888/00</b>		Tipo y Nº Doc: <b>DU-26952627</b>		Tipo Afiliado: <b>Titular</b>		Cantidad	
GÉNÉRICO		Nros y Letras		Cantidad Entregada		Precio Unitario	
1		Rp./ Vacuna Antineumococo polisacarida dosis vacunante		1 (uno)		100 %	
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo							
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPEDICIÓN:				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		\$.	
				SELO Firma Farmacéutico		A Cargo Obra Social (\$)	
TROQUEL				Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel:	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				Aclaración y DNI:			

**ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA**

Vencimiento Plan: 31/07/2020		<b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b>		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN		[Barcode]	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Apellido y Nombre: <b>PRIETO, ALEJANDRO</b>		Edad: <b>41</b>		Sexo: <b>M</b>	
Nº Credencial: <b>01-9999/00</b>		Tipo y Nº Doc: <b>DU-26952627</b>		Tipo Afiliado: <b>Titular</b>		Cantidad	
GÉNÉRICO		Nros y Letras		Cantidad Entregada		Precio Unitario	
1		Rp./ Vacuna Antineumococo conjugada dosis vacunante		1 (uno)		100 %	
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo							
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPEDICIÓN:				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		\$.	
				SELO Firma Farmacéutico		A Cargo Obra Social (\$)	
TROQUEL				Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel:	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				Aclaración y DNI:			

**ORDEN DE TRATAMIENTO PROLONGADO**

COD: 1		DELEGACIÓN: Facultad Regional Avellaneda		FECHA EMISIÓN: 10/05/2019	
<b>ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO</b>					
Nº Credencial: <b>99-9999/99</b>		Apellido y Nombre: <b>CRESPO HERNAN</b>		Edad: <b>83</b>	
Tipo y Nº Doc: <b>12952999</b>		Tipo Afiliado: <b>Persona a cargo</b>		Cantidad	
GÉNÉRICOS		Nros y Letras		Cantidad Entregada	
1		Rp./ buflomedil-300 mg comp.x 40 (300mg)		1 (uno)	
2					
3					
4					
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: <b>Aritmias Cardíacas</b>	
Fecha Prescripción: <b>10/05/2019</b>		<b>DEBE ESTAR EL MÉDICO AUTORIZANTE DE LA OBRA SOCIAL</b>		Fecha Disp: / /	
TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados	
TROQUEL				SELO Firma Farmacéutico	
TROQUEL		Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel:	
TROQUEL		NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.		Aclaración y DNI:	
* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.					

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

AFILIADO: CRESPO HERNAN	
Fecha Emisión: 10/05/2019	Coseguro: \$ 0,00
<b>FARMACIA T. PROLONGADO</b>	
Firma y Sello Responsable Tesorería	Aclaración

AFILIADO: CRESPO HERNAN	
Fecha Emisión: 10/05/2019	Coseguro: \$ 0,00
<b>FARMACIA T. PROLONGADO</b>	
Firma y Sello Responsable Tesorería	 001000617860

### 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
gonadotropina corionica	triac
histrelina acetato	eflornitina, clorhidrato
imatinib	
infiximab	
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

**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	Inmunoestimulante
Antiarrugas	Inmunoomodulador
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
Dermoaclarante	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 sistematica	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