

Normas de atención



DESCUENTO A CARGO DE DASUTEN

AMBULATORIO	40% Para producto incluidos en el Manual Farmacéutico (CON EXCLUSIONES).
PMI	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico (CON EXCLUSIONES).
TRAT. PROLONGADO	60% / 100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico Con sello electrónico de Médico Auditor. Dentro de este plan se incluyen Hipoglucemiantes Orales y Anticonceptivos orales. Otros Anticonceptivos con autorización previa
CAPACIDADES DIFERENTES	100% Con presentación del CUD (Certificado Único de Discapacidad), no requiere recetario oficial. Sin CUD, se podrá reconocer con cobertura 40% y validar en plan Ambulatorio.
VACUNA ANTIGRI PAL	100% Según especificaciones incluidas en la presente norma.

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

Credencial en vigencia (Física, Digital o Certificado Provisorio), Documento de Identidad y C.U.D (Certificado Único de Discapacidad) en caso que corresponda.



RECETARIO

TIPO DE RECETA	<ul style="list-style-type: none"> • OFICIAL (Para planes Tratamiento Prolongado, Leches maternizadas y medicamentosas y Vacuna Antigripal) • CONVENCIONAL: Para el resto de los planes (Con membrete institucional o del médico o con sello del médico indicando especialidad). Se deberá presentar receta médica según requisitos vigentes del Ministerio de Salud (VER ANEXO RECETA DIGITAL)
VALIDEZ	<p>30 (Treinta) Días corridos desde de la fecha de prescripción incluyendo la misma.</p> <p>Planes con vencimiento: la fecha de vencimiento de cada plan se encuentra establecida en la orden de farmacia (margen superior izquierdo). Superada la fecha de vencimiento del plan, la cobertura será igual al plan AMBULATORIO 60% a cargo del afiliado y 40% a cargo de D.A.S.U.Te.N, en todos los casos siempre y cuando se encuentre dentro de los 30 días corridos de la prescripción.</p>



Deben figurar los siguientes datos:

- 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 expenderá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

(*) Son válidos también los recetarios con datos filiatorios preimpresos.

ACLARACIÓN: En el caso que haya datos manuscritos deberán presentar la misma tinta en la prescripción como en la firma.



ANEXO RECETA DIGITAL

Para aquellos planes que no requieran recetarios oficiales, además de las recetas convencionales se aceptan las **DIGITALES / ELECTRÓNICAS**:

- Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, etc.) con firma y sello digital de acuerdo a la reglamentación de la ley.
- Recetarios digitales (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	4 (cuatro)
POR RECETA	Hasta 8 (ocho) envases.
POR RENGLÓN	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (un) envase por receta.

LÍMITES DE TAMAÑO

- HASTA 2 (DOS) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN.
- EN EL CASO DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS EL TAMAÑO DEL ENVASE SE ESTABLECERÁ SEGÚN LO INDICADO EN LA ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA DE TRATAMIENTO PROLONGADO.

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 ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor valor.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de la 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.



PLAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento en medicamentos (CON EXCLUSIONES) 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.

Vacunas dentro del calendario PMI sin autorización previa.

Leches Medicamentosas y Maternizadas, con autorización de la Auditoría Médica, en recetario oficial. Se reconocerán hasta 4K por receta.

DASUTeN no reconoce leches enteras.

PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO

- Las órdenes serán emitidas electrónicamente por DASUTeN ya que esta realiza los controles de acuerdo a un sistema informático especialmente diseñado para este tratamiento (se adjunta modelo de recetario y especificaciones del mismo).
- Cantidad de renglones 4 (cuatro). No existen límites en lo que respecta a cantidades y tamaños de productos.

PLAN CAPACIDADES DIFERENTES

Deberán concurrir con C.U.D (Certificado Único de Discapacidad) adjunto a la receta médica, reconociendo de este modo el recetario convencional según requisitos vigentes del Ministerio de Salud.

En caso de no presentar C.U.D (Certificado Único de Discapacidad) se podrá reconocer con cobertura ambulatoria al 40%. (Validar por Plan Ambulatorio).

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.

IMPORTANTE: Las vacunas fuera del calendario de PMI poseen 40% de cobertura con autorización previa.



FACTURACIÓN DÉBITOS

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 "REFACTURACIÓN".

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.

VALIDACION ON LINE Y PRESENTACIÓN

LA VALIDACION ON LINE ES OBLIGATORIA:

Ingresando al sitio web de FACAF (www.facaf.org.ar) o al link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>
Por homologaciones remitir un mail a: franciscofigueroa@audibaires.com.ar

TODA RECETA AUTORIZADA (OFICIAL o CONVENCIONAL) DEBE VALIDARSE POR EL PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO.

SOBRE LA PRESENTACIÓN:

Adherir los troqueles con goma de pegar (no utilizar cinta adhesiva ni abrochadora)
En el anverso de la receta adherir del borde superior, con goma de pegar, comprobante de venta y/o vóucher de validación. Si el comprobante de venta posee el código de autorización que informa el validador, no es necesario adherir el vóucher que emite el validador.
Toda receta deberá poder ser identificada por el código de autorización que emite el validador, dicho código también puede ser escrito en el anverso de la receta)

- Presentación: Mensual
- Carátulas de Presentación: Las que emite el Validador (Obligatoria)
- Planilla de Presentación: Las que emite el Validador (Obligatoria)



VACUNACIÓN ANTIGRI PAL Y NEUMOCOCCICA

Vigencia del periodo desde el 1º de marzo y hasta el 31 de Julio de todos los años, hasta tanto no se modifique la norma.

MODALIDAD DE TRABAJO

- El beneficiario concurrirá a la D.A.S.U.Te.N. Central o sus delegaciones con la prescripción de la VACUNA ANTIGRI PAL TRIVALENTE realizada por su médico de cabecera siempre que se encuentre en población de riesgo (Beneficiarios mayores de 25 meses y menores de 65 años), en caso que el mismo sea menor de 24 meses o mayor de 64 solo concurrirá con la credencial respaldatoria a su afiliación.
- La **ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA (ANEXO IV)** con la cobertura al 100 %, será emitida por D.A.S.U.Te.N. –en central o en cualquiera de sus delegaciones-. Contendrá como información, todos los datos relevantes del beneficiario como así también, las VACUNAS ANTIGRI PALES bajo su nombre genérico, presentación y cantidades. Estos estarán impresos en la misma y en todos los casos tendrán los datos de los auditores médicos de D.A.S.U.Te.N. Central, responsables de la autorización de lo solicitado. **PERO NO LLEVAN NI SELLO NI FIRMA DE LOS MEDICOS**
- El beneficiario concurrirá a las farmacias contratadas con la ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA. En todos los casos el beneficiario deberá presentar la credencial vigente según esta norma de D.A.S.U.Te.N. para el suministro de las VACUNAS.
- Una vez entregado el producto, el beneficiario deberá prestar su conformidad con firma y aclaración en las órdenes de farmacia. Luego, las FARMACIAS prestadoras, deberán remitir a la delegación regional y/o Central las ordenes de farmacias para su control, adjuntando los troqueles respaldatorios a las mismas y asentando su intervención mediante firma y sello del profesional farmacéutico interviniente.

En todos los casos deberá cumplimentar los requisitos de facturación respaldatorios.

LIMITES DE PRODUCTOS POR RECETA: Se aceptara 1 (una) vacuna por receta.

DOSIFICACIÓN INCLUIDA EN LAS ÓRDENES:

- Menores de 9 años: Vacuna inactiva dosis pediátrica 0.25 ml iny.)
- A partir de 9 años: Vacuna inactiva dosis adulto 0.5 ml iny.)

AUDITORES MÉDICOS AUTORIZANTES:

- Dr. Vidal, Mariano Rubén
- Dr. Milani, Arnaldo
- Dra. Estela Soto



VACUNACIÓN ANTIGRI PAL Y NEUMOCOCCICA

Vigencia del periodo desde el 1º de marzo y hasta el 31 de Julio de todos los años, hasta tanto no se modifique la norma.

MOTIVO DE RECHAZO:

Falta de fecha de dispensa o expendio.
 Falta de Importes unitarios y totales.
 Falta de cantidades entregadas
 Falta Firma y Sello del profesional farmacéutico responsable del expendio.
 Falta de diagnóstico médico prescripto por el profesional médico y/o motivo de indicación.
 Falta de firma, aclaración, DNI y Tel. del beneficiario en conformidad.
 Falta troquel respaldatorio. Enmiendas y tachaduras no salvadas.
 Presentación fuera de término u órdenes vencidas.

IMPORTANTE:

Las recetas que estén dentro del plan se mantiene la cobertura 100%, pasada la fecha del plan (ver margen superior izquierdo) pasan a valer como plan general 40% siempre y cuando estén dentro de los 30 días corridos.

Las órdenes serán emitidas por D.A.S.U.Te.N. ya que esta realiza los controles de acuerdo a un sistema informático especialmente diseñado para esta cobertura.

Las VACUNAS ANTIGRI PALES que se encuentran fuera de los rangos de edad y de la población de riesgo, tendrán la cobertura ambulatoria del 40% y no estarán incluidas en esta norma operativa, es decir concurrirán con la ORDEN DE FARMACIA habitual. Para vacuna antigripal tetravalente se deberá solicitar autorización previa (SOLO PARA GRUPOS DE RIESGO).

Las normas de presentación para su facturación y posterior cobro, seguirán siendo las indicadas oportunamente.

Cabe destacar que la fecha de emisión, datos del beneficiario, diagnóstico y productos medicamentosos saldrán impresos en la orden de farmacia oficial de esta DIRECCIÓN

Las ordenes de farmacias, podrán presentarse con distinta serie y en distintos colores de acuerdo a la delegación que pertenezca o bien en la que retire la orden el afiliado.

Se adjunta a la misma los datos relevantes de la **ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA.**



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:

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 antitomicitario
filgrastim	teriparatida
fsh	tobramicina
fsh + lh	trastuzumab
gonadotrofina corionica	triac
histrelina acetato	eflornitina, clorhidrato
imatinib	
infiximab	
inmunoglobulina antihepatitis B	



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:

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	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



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:

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
Enjuague 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	Vitaminico



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.



LISTADO DE MEDICO AUTORIZANTES

- ALANIZ, Rubén Alfredo MP4488
- BASTANZO, Rubén Alberto MNI21282
- CAPPIELLO, Miguel Angel MP7943
- CUENYA CAO, Victoria MNI43851
- DAS NEVES, Andrea Verónica MP113936
- DAVID, Agustina MP8095
- FORESI, Alberto Federico MP61675
- FRANZOSI, Ricardo MP39211
- HEDIGER, María Emilia MP6831
- LAMELZA, Dardo Rubén MP18601
- LLADO SANCHEZ, Valeria Vanesa Judith MN36320/4
- MILANI, Arnaldo Pablo MN87792
- MONTES DE OCA, Adrián MP1538
- PEPE, Carlos Esteban MP6645
- RIVEROS DE LA VEGA, María Eugenia MP2088
- RUSCONI, Sonia MP5919
- SCOCCO, Danilo Gualberto MP5296
- SOLSONA, Bibiana Raquel MP21552
- SOTO, Estela Isabel MN97093
- VIDAL, Mariano Rubén MNI15911
- ZANOTTI, María Lucía de Jesús MP9847

• Atento a la política Nacional y Provincial de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y tratando de bajar el costo de la medicación, haciéndola accesible a todos nuestros afiliados. Se establece la siguiente normativa de trabajo:

1) El expendio de medicamentos deberá incluir siempre el nombre genérico del medicamento dado que en la prescripción pueden darse dos posibilidades que son:

a) Consignar solo el nombre genérico.

b) En caso de considerar imprescindible que el remedio sea de una marca determinada deberá fundamentarlo e indicar al dorso "que no se sustituya"



MODELOS DE RECETAS OFICIALES

COD: 33		DELEGACIÓN: Rectorado		FECHA EMISIÓN: 10/07/2024			
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO						09901056470	
N° Credencial: 01- /01		Apellido y Nombre:		Edad: 46	Sexo: F		
Tipo y N° Doc:		Tipo Afiliado: Conyuge		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Pos y Letras			% A Cargo O. Social 40%
1	Rp./ montelukast+ievocetizina-comp.x 30 (10mg)			1 (uno)			
2	-----			-----			
3	-----			-----			
4	-----			-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: Asma Bronquial			
Fecha Prescripción: 10/07/2024		 Dr. MARIANO, RUBÉN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$) 1.	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Oros Social (\$) 1.	
		SELO Firma Farmacéutico		Tel: _____ Aclaración y DNE:			
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.				Firma en Conformidad del Beneficiario			
RECETA ELECTRONICA - FIRMA REGISTRADA - 10/07/2024 14:56hs - SYSDASUTEN							

COD: 30		DELEGACIÓN: Facultad Regional La Rioja		FECHA EMISIÓN: 03/01/2023			
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO						09901056470	
N° Credencial: 33-81790/20		Apellido y Nombre: PAZ TULA, JERONIMO NATAL		Edad: 8	Sexo: M		
Tipo y N° Doc: 59282950		Tipo Afiliado: Hijo/a		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Pos y Letras			% A Cargo O. Social 100%
1	Rp./ proteínas+grasas+carbhid.+asoc.-lata x 800 g			2 (dos)			
2	-----			-----			
3	-----			-----			
4	-----			-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: Leche Maltratada / Medicamentosa			
Fecha Prescripción: 03/01/2023		 Dr. MARIANO, RUBÉN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N M.N. 115911		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$) 1.	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Oros Social (\$) 1.	
		SELO Firma Farmacéutico		Tel: _____ Aclaración y DNE:			
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.				Firma en Conformidad del Beneficiario		* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.	

Vencimiento Plan: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA		B. 30714807			
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN					
N° Credencial:		Apellido y nombre:		Edad:	Sexo: F		
Tipo y N° Doc:		Tipo Afiliado:		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICO				Pos y Letras			% A Cargo O. Social 100%
1	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulta (0.5ml iny)			1 (uno)			
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal				MEDICO QUE AUTORIZA E. DTD-D.O.:			
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 (\$) 1.	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Oros Social (\$) 1.	
		SELO Firma Farmacéutico		Tel: _____ Aclaración y DNE:			
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.				Firma en conformidad del beneficiario		* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.	



ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCICA POLISACARIDA

Vencimiento Plan: 31/07/2020		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Apellido y Nombre: PRIETO, LOLA		Edad: 41	Sexo: F
IF Creadencia: 01-55555-00	Tipo y IF Doc: DU-26952627		Tipo Afiliado: Titular	Cantidad Fras y Letras	Cantidad Entregas
GÉNERICO			Recio Unitario	Importe	S.A. Cargo O. Social
1	Rp./ Vacuna Antineumococo polisacárida dosis vacunante		1 (uno)		100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo					
MÉDICO QUE AUTOREA EL EXFOLIO:			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	A Cargo Obra Social (\$) \$	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al doto. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			SELO Firma Farmacéutica	Tel: _____	
Firma en Conformidad del Beneficiario			Aclaración y Dto: _____		

ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA

Vencimiento Plan: 31/07/2020		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Apellido y Nombre: PRIETO, ALEJANDRO		Edad: 41	Sexo: M
IF Creadencia: 01-99999-00	Tipo y IF Doc: DU-26952627		Tipo Afiliado: Titular	Cantidad Fras y Letras	Cantidad Entregas
GÉNERICO			Recio Unitario	Importe	S.A. Cargo O. Social
1	Rp./ Vacuna Antineumococo conjugada dosis vacunante		1 (uno)		100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo					
MÉDICO QUE AUTOREA EL EXFOLIO:			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	A Cargo Obra Social (\$) \$	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al doto. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			SELO Firma Farmacéutica	Tel: _____	
Firma en Conformidad del Beneficiario			Aclaración y Dto: _____		

COD: 1	DELEGACIÓN: Facultad Regional Avellaneda	FECHA EMISIÓN: 10/05/2019
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO		
IF Creadencia: 99-9999/99	Apellido y Nombre: CRUSO HERNAN	Cantidad
GÉNERICOS		Noel.
1	Rp./ butilmedil-300 mg comp.x 40 (300mg)	Letras
2		
3		
4		
Diagnóstico: Arritmias Cardíacas	NOTA: Deje constancia de haber recibido una orden de farmacia para el suministro de los medicamentos indicados a mi patología. Fecha de entrega del formulario: / /	Firma en conformidad del beneficiario Aclaración y Dto: _____
Firma Auditor Médico Solo anotación de firma y matriculada		

AFILIADO: CRUSO HERNAN	
Fecha emisión: 10/05/2019	Coseguro: \$ 0.00
FARMACIA E. PROLONGADO:	
Firma y Sello Responsable Tesorería	Aclaración

AFILIADO: CRUSO HERNAN	
Fecha emisión: 10/05/2019	Coseguro: \$ 0.00
FARMACIA E. PROLONGADO	
Firma y Sello Responsable Tesorería	 00100417960



MODELO DE CREDENCIAL

FISICA



DIGITAL



MODELO DE CUD (Certificado Único de Discapacidad)



CERTIFICADO PROVISORIO

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

----- El Sr./a Juana María Perez D.N.I. Nº 99.999.999 Legajo U.T.N. Nº 99.999, es Afiliado/a a la Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional – D.A.S.U.Te.N.-

Y se encuentra beneficiada por el Plan Materno Infantil hasta el 99/99/9999.

DATOS DE FAMILIARES A CARGO DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE	COD. CREDENCIAL	PARENTESCO	NRO DOCUMENTO	VENCIMIENTO P.M.I
Juan José Perez	99.999	Hijo	99.999.999	99/99/9999
María Perez	99.999	Hija	99.999.999	--

- Se expide la presente Certificación a los 02 días del mes de enero de 2023, para ser presentada al Prestador Medico Asistencial que corresponda, la misma tiene validez por el término de ciento veinte (180) días.---

.....
Firma del Responsable



.....
Sello de la Institución

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

