

# Normas de atención



PLANES	
<b>GENERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura General</li> <li>• A cargo del afiliado: 60%.</li> <li>• A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 40%</li> <li>• Tipo de recetario: Particular</li> <li>• Con exclusiones</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO PROLONGADO 60% / 100%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura General</li> <li>• A cargo del afiliado: 0% / 40% (según indicación de receta)</li> <li>• A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 100% / 60% (según indicación de receta)</li> <li>• Tipo de recetario: <b>Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N</b></li> <li>• Cobertura 100%. Hipoglucemiantes / anticonceptivos / DIU / Implantes subdérmicos / Capacidades diferentes.</li> <li>• Incluidas en este plan leches maternizadas y medicamentosas.</li> </ul>
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura General</li> <li>• A cargo del afiliado: 0%</li> <li>• A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 100%.</li> <li>• Tipo de recetario: Particular / Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N.</li> <li>• Con exclusiones</li> </ul>
<b>AUTORIZADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura General</li> <li>• A cargo del afiliado: 0% / 40% / 60% (según indicación)</li> <li>• A cargo de D.A.S.U.Te.N.: 40% / 60% / 100% (según indicación)</li> <li>• Tipo de recetario: Particular</li> <li>• Ver médicos autorizantes</li> </ul>
<b>VACUNACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura General</li> <li>• Solo para vacuna Antigripal y Anti Neumocócica</li> <li>• 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</li> <li>• Aquellos que estén fuera de grupo de riesgo / rango etario se registrarán por Plan General</li> <li>• Vigencia del plan del 1º de marzo y hasta el 31 de julio (inclusive) de todos los años.</li> <li>• El expendio fuera de la fecha se reconocerá como Plan General</li> <li>• Resto de las vacunas se reconocerán como Plan General / Plan Autorizados</li> </ul>



## DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial física o digital
- Receta médica legal vigente o Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N.
- Documento que acredite identidad
- Credencial física o digital de afiliado que certifique vigencia de cobertura P.M.I (Plan Materno Infantil)



## RECETARIO

<p><b>TIPO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Particular</b> / Pre-impreso oficial D.A.S.U.Te.N.</li> <li>• <b>Electrónica</b> (según disposición de Autoridad Sanitaria)</li> <li>• <b>Prescripción:</b> Genérica / Forma Farmacéutica</li> </ul>
<p><b>VALIDEZ</b></p>	<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 afiliado.
- Número de afiliado (es válida cualquiera de ambas opciones:
  1. compuesto por 2 dígitos para la delegación, en el centro el numero de legajo de 5 o 6 dígitos, y dos dígitos mas para la condición de afiliado (ej. 01- 12345/00).
  2. Compuesto por los 5 o 6 dígitos centrales (ej. 12345).

*En la validación se deberá ingresar el número de afiliado que figura en la credencial.*

- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Medicamento Prescrito 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.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.



## LÍMITES DE CANTIDADES

<b>POR RECETA</b>	Hasta 4 (cuatro) productos de distinto principio activo por receta. Excepto Plan Tratamiento Prolongado.
<b>POR RENGLÓN</b>	Hasta 2 (dos) envases
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS</b>	Hasta 5 (cinco) envases por receta
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS</b>	Hasta 1 (un) envase por receta.

## LÍMITES DE TAMAÑO

- HASTA 2 (DOS) DE TAMAÑO INDEPENDIEMENTE DE SU TAMAÑO.
- 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:

- 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 c/u de los productos vendidos, en el mismo orden en 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.**

## 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

- Para plan MATERNO INFANTIL se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta médica según requisitos vigentes por el Ministerio de Salud, bajo las siguientes condiciones:
  1. membrete de institución o del médico, o bien, sello del médico con especialidad y tipo y número habilitante de matrícula.
  2. datos del afiliado (nombre completo, número de afiliado, DNI).
  3. diagnóstico médico prescripto por el profesional médico y/o motivo de indicación.
  4. firma y sello del médico.
  5. fecha de prescripción y con troquel (prescriptos por su nombre genérico según Ley 25649) incluidos en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con EXCLUSIONES.
  6. Las prescripciones se reconocerán presentando la credencial de afiliado que certifique vigencia de cobertura P.M.I. (Plan Materno Infantil)

**Leches maternizadas y medicamentosas:** deben estar prescriptas en receta oficial D.A.S.U.Te.N. pre-impresa. D.A.S.U.Te.N. no reconoce leches enteras. Se reconocerán hasta 4 K. por receta.

## PLAN TRATAMIENTOS PROLONGADOS 100 %

- Para plan **TRATAMIENTOS PROLONGADOS 100%** se reconocerán todos los medicamentos de venta bajo receta oficial D.A.S.U.Te.N. y con troquel (prescriptos por su nombre genérico, según Ley 25649) incluidos en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con EXCLUSIONES. Dentro de éste plan se incluyen HIPOGLUCEMIANTES ORALES, ANTICONCEPTIVOS ORALES y CAPACIDADES DIFERENTES.

## PLAN TRATAMIENTOS PROLONGADOS (Orden de farmacia pre-impresa D.A.S.U.T.E.N)

- Para plan TRATAMIENTO PROLONGADO se reconocerán todos los medicamentos incluidos en orden de farmacia pre-impresa D.A.S.U.Te.N., con EXCLUSIONES, bajo las siguientes condiciones:
  1. órdenes de farmacia pre-impresas D.A.S.U.Te.N.
  2. datos del afiliado (nombre completo, número de afiliado, DNI).
  3. prescripción de los medicamentos.
  4. firma y sello del Auditor Médico impresos.
  5. fecha de prescripción.



## 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 orden de farmacia, el farmacéutico deberá llamar al Área de Facturación de D.A.S.U.Te.N teléfono (011) 011-5371-5754, 5755, 5756 Lunes a Viernes de 10 a 18.

## VALIDACIÓN ON LINE Y PRESENTACIÓN

### LA VALIDACION ON LINE ES OBLIGATORIA:

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

**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 ELECTRÓNICA** 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 MÉDICOS.**
- El beneficiario concurrirá a las farmacias contratadas con la ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA. 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.

### VARIANTES POR RECETA:

- Se reconocerá solo la TRIVALENTE.
- La VACUNA ANTIGRI PAL TETRAVALENTE es solo para paciente de subpoblación de riesgo por inmunocompromiso (en quimioterapia activa, transplantados, etc), requiriendo una autorización especial.

**LIMITES DE PRODUCTOS POR RECETA:** Se aceptará 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

### 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.

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 órdenes 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 ELECTRÓNICA**.

## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

### Por forma farmacéutica (para planes de Tratamiento Prolongado y General)

Leches maternizadas  
 Leches medicamentosas  
 (excepto con bono especial pre- impreso)

### Por tipo de venta (para todos los planes)

Venta libre



## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

### Por acción farmacológica (General. Para todos los planes)

Adelgazante	Filtro solar	Revitalizador humectante
Alimento infantil	Fórmula de continuación	Sal bajo contenido de sodio
Anabólicos	Fórmula de inicio	Solución bucal Somatotrópico
Análogo hormona de crecimiento	Fórmula hipoalérgica	Suplemento nutricional
Anticonceptivos	Fórmula infantil	Tratamiento de obesidad
Antineoplásico	Fórmula para lactantes	Tratamiento de acromegalgia
Antiviral contra HIV	Gonadotropinoterapia	Tratamiento de artritis reumatoidea
Citostático	Hidratante	Tratamiento de carcinoma de vejiga
Complemento dietario	Hidratante dérmico	Tratamiento de estrías
Cosmético capilar	Hidratante nutriente dérmico	Vitamínico
Dermatocosmético	Hidratante protector piel seca	Y todo aquel producto medicamentoso no incluido en PMO y/o programa de cobertura especial D.A.S.U.Te.N. y fuera del resto. Ejemplo: Agonista GLP-1, Insulinas, biológicos, etc.
Edulcorantes	Higiene de la piel	
Factor estim. Crec. Granulocitos	Higiene facial	
Inmunosupresor	Higiene femenina	
Medicamentos oncológicos	Higiene personal	
Productos alimenticios	Higiene vaginal	
Abrasivo de limpieza	Hipoalérgico	
Aceite para masajes musculares	Hormonosupresor	
Acelerador del bronceado	Humectante	
Agonista LHRH	Hormonoterapia antineoplásica	
Anovulatorio	Humectante astringente	
Antiarrugas	Humectante de párpados	
Anticaspa	Humectante vaginal	
Antimetabolito	Inductor ovulación	
Antioxidante exfoliativo	Inhibidor de la proteasa	
Antioxidante fotoprotector	Inhibidor fotoenvejecimiento	
Antiplaca antisarro	Inmunomodulador	
Antitranspirante	Limpiador para piel acnéica	
Blanqueador dental	Limpieza capilar	
Citoprotector	Limpieza de prótesis dentales	
Coadyuvante coagulación	Nutrición enteral	
Coadyuvante en oncología	Nutrición para pacientes diabéticos	
Crema dental	Nutrición isotónica balanceada	
Crema dental antisarro	Nutrición parenteral	
Crema dental para dientes sensibles	Nutriente dérmico	
Crema dental para encías irritadas	Pantalla Solar	
Dermoaclarante	Polivitamínico	
Desodorante	Polivitamínico polimeral	
Desodorante pédico	Productos odontológicos	
Dieta elemental con glutamina	Protector dérmico	
Emoliente	Protector labial	
Enjuague bucal antiplaca	Protector solar	
Estimulador de eritropoyesis	Queratolítico / tópico para verrugas	
Exfoliante	Reconstituyente dérmico	
Exfoliante corporal	Reductor	
Factor recombinante humano	Reductor y reafirmante corporal	
Fármaco antiobesidad no sistémica	Regenerador capilar	
	Revelador de placa bacteriana	



## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

### 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
gonadotrofina corionica	triac
histrelina acetato	eflomitina, clorhidrato
imatinib	
influximab	
inmunoglobulina antihepatitis B	



## MEDICAMENTOS GENÉRICOS

- El expendio de medicamentos deberá incluir siempre el nombre genérico del medicamento dado que en la prescripción pueden darse dos posibilidades que son:
  1. Consignar solo el nombre genérico.
  2. En caso de considerar imprescindible que el remedio sea de una marca determinada deberá fundamentarlo e indicar al dorso “ **que no se sustituya** ”

## LISTADO DE MEDICO AUTORIZANTES

- ALANIZ, Rubén
- BASTANZO, Rubén Alberto MN121282
- CAPIELLO, Miguel Angel MP7943
- CUENYA CAO, Victoria MN143851
- DAS NEVES, Andrea Verónica MP113936
- DAVID, Agustina MP8095
- FORESI, Alberto Federico MP61675
- FRANZOSI, Ricardo MP39211
- HEDIGER, María Emilia MP6831
- LAFI, Gabriela
- 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
- RUSCONI, Sonia
- SCOCCO, Danilo Gualberto MP5296
- SOLSONA, Bibiana Raquel MP21552
- SOTO, Estela Isabel MN97093
- TRECCO, Pedro
- VIDAL, Mariano Rubén MN115911
- ZANOTTI, María Lucía de Jesús MP9847



# MODELOS DE CREDENCIALES

## CERTIFICADO PROVISORIO

### 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

## MODELOS DE CREDENCIALES

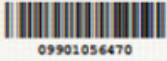


### CREDECIALES FÍSICAS




### CREDECIALES DIGITALES




# MODELOS DE BONOS


COD: 33		DELEGACIÓN: Rectorado			FECHA EMISIÓN: 10/07/2024		
<b>ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO</b>							 09901056470
N° Credencial: 01- /01		Apellido y Nombre:			Edad: 46		Sexo: F
Tipo y N° Doc:		Tipo Afiliado: <b>Conyuge</b>		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A Cargo O. Social 40 %
1	Rp./ montelukast+levocetirina-comp.x 30 (10mg)			1 (uno)			
2	-----			-----			
3	-----			-----			
4	-----			-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: <b>Asma Bronquial</b>			
Fecha Prescripción: 10/07/2024		 Dr. MARIANO, RUBÉN VIDAL Auditor J. Médico D.A.S.U.Te.N M.N: 115911		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Obra Social (\$)	
		SELLO Firma Farmacéutica		Tel: _____			
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		
<b>ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO</b>							 09901056470
N° Credencial: 33-81790/20		Apellido y Nombre: <b>PAZ TULA, JERONIMO NATAEL</b>			Edad: 0		Sexo: M
Tipo y N° Doc: 59282950		Tipo Afiliado: <b>Hijo/a</b>		Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe
GÉNERICOS				Nros y Letras			% A Cargo O. Social 100 %
1	Rp./ proteinas+grasas+carbohid.+asoc.-lata x 800 g			2 (dos)			
2	-----			-----			
3	-----			-----			
4	-----			-----			
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA				Diagnóstico: <b>Leche Maternizada / Medicamentosa</b>			
Fecha Prescripción: 03/01/2023		 Dr. MARIANO, RUBÉN VIDAL Auditor Médico D.A.S.U.Te.N MN: 115911		Fecha Disp.: / /		A Cargo Beneficiario (\$)	
TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL				Certifico entrega de los medicamentos facturados		A Cargo Obra Social (\$)	
		SELLO Firma Farmacéutica		Tel: _____			
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		Aclaración y DNI: _____			



# MODELO DE BONOS

Vencimiento Plan: 31/07/2022		<b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b>				B 30714807	
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan.: CALENDARIO DE VACUNACIÓN					
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	% A Cargo O. Social	
GÉNÉRICO		Notas y Letras					
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	\$.		
				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.				SELO Firma Farmacéutica		Tel:	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Aclaración y DNI:	

Vencimiento Plan: 31/07/2020		<b>ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA</b>				B 30714807	
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	% A Cargo O. Social	
GÉNÉRICO		Notas y Letras					
1	Rp./ Vacuna Antineumococo polisacárida 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	\$.		
				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.				SELO Firma Farmacéutica		Tel:	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Aclaración y DNI:	

