

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

DESCUENTOS A CARGO DE DASUTeN:

AMBULATORIO:	40% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
P.M.I.:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
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.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial en vigencia (Física, Digital o Certificado Provisorio) y Documento de Identidad.

RECETARIO

- OFICIAL (Para planes Tratamiento Prolongado, Leches maternizadas y medicamentosas y Vacuna Antigripal)
- CONVENCIONAL: Para el resto de los planes (Con membrete institucional o del medico o con sello del medico indicando especialidad)
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
 - 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.
 - Diagnostico
 - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

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

VALIDEZ DE LA RECETA

30 (Treinta) Días desde de la fecha de prescripción incluyendo la misma.

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 MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase por receta)

LÍMITES DE TAMAÑOS

- HASTA 2 (DOS) 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 ESPECIFICACIONES**CUANDO 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.

PLAN MATERNO INFANTIL

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.
Vacunas dentro del calendario PMI sin autorización previa.
Leches Medicamentosas y Maternizadas, con autorización de la Auditoría Médica, en recetario oficial. 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 copia de formulario de Capacidades Diferentes prescripto por su médico de cabecera o personal, con la autorización de auditoría médica, el mismo podrá ser presentado en cualquiera de sus formatos (digitalizado o formato papel) adjunto a la receta médica, prescindiendo si es necesario del recetario oficial de DASUTeN, reconociendo de este modo cualquier otro recetario.

En caso de no presentar formulario de Capacidad Diferente, 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.

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.

VALIDACION ON LINE y PRESENTACION

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 PRESENTACION:

Adherir los troqueles con goma de pegar (no utilizar cinta adhesiva ni abrocahdora)

En el anverso de la receta adherir del borde superior, con goma de pegar, comprobante de venta y/o váucher de validación. Si el comprobante de venta posee el código de autorización que informa el validador, no es necesario adherir el váucher 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)

VACUNACION ANTIGRI PAL 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.

1 - MODALIDAD DE TRABAJO

1-a) El beneficiario concurrirá a la D.A.S.U.Te.N. Central o sus delegaciones con la prescripción de la VACUNA ANTIGRI PAL 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.

1-b) 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**

1-c) El beneficiario concurrirá a las farmacias contratadas con la ORDEN DE FARMACIA ELECTRONICA. En todos los casos el beneficiario deberá presentar la credencial de D.A.S.U.Te.N. para el suministro de las VACUNAS.

1-d) 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 MEDICOS AUTORIZANTES

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

2 - 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 ANTIGRIPALES 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.

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 antitimocitario
filgrastim	teriparatida
fsh	tobramicina
fsh + lh	trastuzumab
gonadotropina corionica	triac
histrelina acetato	eflornitina, clorhidrato
imatinib	
infliximab	
inmunoglobulina antihepatitis B	

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

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 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
Dra. SOTO, ESTELA - MN 97.093
Dr. CAPPIELLO, MIGUEL ANGEL - MP 7943
Dra. DAVID, AGOSTINA - MP 8095
Dr. HEDIGER, MARIA EMILIA - MP 6831
Dr. LAMELZA, DARDO - MP 18601
Dra. ZANOTTI, MARÍA LUCÍA DE JESÚS – MP 9847
Dr. MAHLER, MANUEL ALBERTO - MP 5210
Dr. CARLOS ESTEBAN PEPE - MP 6645
Dr. SCOCCO, DANILO GUALBERTO - MP 5296
Dra. SOLSONA, BIBIANA - MP 21552
Dra. DAS NEVES, ANDREA VERONICA - MP 113936
Dra. CUENYA CAO, VICTORIA - MN 143851
Dra. LLADO SANCHEZ, VALERIA - MN 36320/4



• 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 RECETARIOS OFICIALES

COD: 33		DELEGACIÓN: Rectorado			FECHA EMISIÓN: 29/12/2022					
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO					 B 30739625					
Nº Creadencial: 01-6666/00		Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN			Edad: 38		Sexo: F			
Tipo y Nº Doc: 3333333		Tipo Afiliado: Titular		Cantidad	Cantidad Emendada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social 76%		
GÉNERICOS				Nros y Letras						
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)			1 (uno)						
2										
3										
4										
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA					Diagnóstico: TPOC					
Fecha Prescripción: 29/12/2022		 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		\$	
							SELLO		A Cargo Obra Social (\$)	
							Firma Farmacéutico		\$	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel: _____ Aclaración y DNI: _____				
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al darme.					* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.					
RECETA ELECTRÓNICA – FIRMA REGISTRADA – 29/12/2022 13:12hs - SYSDASUTEN										


COD: 30		DELEGACIÓN: Facultad Regional La Rioja			FECHA EMISIÓN: 03/01/2023					
ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRÓNICO					 B 30739625					
Nº Creadencial: 33-81790/20		Apellido y Nombre: PAZ TULA, JERONIMO NATAL			Edad: 6		Sexo: M			
Tipo y Nº Doc: 59282950		Tipo Afiliado: Hijo/a		Cantidad	Cantidad Emendada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social 100%		
GÉNERICOS				Nros y Letras						
1	Rp./ proteínas+grasas+carbhid.+azoc.+ata x 800 g			2 (dos)						
2										
3										
4										
TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA					Diagnóstico: Leche Maternizada / Medicamentosa					
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		\$	
							SELLO		A Cargo Obra Social (\$)	
							Firma Farmacéutico		\$	
				Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel: _____ Aclaración y DNI: _____				
NOTA: En caso de considerarse imprescindible la marca indicada, justificar al darme.					* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.					

Vencimiento Plan: 31/07/2022		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA				
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN			B 30714807	
Nº Credencial:	Apellido y Nombre:			Educ:	Sexo: F	
Tipo y Nº Doc:	Tipo Afiliado:	Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social
GÉNÉRICO		Unidad 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 EXPEDIDO:			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	1.		
			SELLO Firma Farmacéutica	A Cargo Obra Social (\$)		
				1.		
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			Firma en conformidad del beneficiario		Tel:	
					Aclaración y DHC:	

ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCCICA POLISACARIDA

Vencimiento Plan: 31/07/2020		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA				
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan: CALENDARIO DE VACUNACIÓN				
Nº Credencial: 01-88588/00	Apellido y Nombre: PRIETO, LOLA			Educ: 41	Sexo: F	
Tipo y Nº Doc: DU-26952627	Tipo Afiliado: Titular	Cantidad	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social
GÉNÉRICO		Unidad y Letras				
1	Rp./ Vacuna Antineumococo polisacarida dosis vacunante		1 (uno)			100 %
Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antineumococo						
MÉDICO QUE AUTORIZA EL EXPEDIDO:			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	1.		
			SELLO Firma Farmacéutica	A Cargo Obra Social (\$)		
				1.		
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			Firma en conformidad del beneficiario		Tel:	
					Aclaración y DHC:	

ORDEN DE VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA

Vencimiento Plan: 31/07/2020		ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA			
Delegación: D.A.S.U.Te.N Central		Plan.: CALENDARIO DE VACUNACION			
Nº Credencial: 01-99999/00	Apellido y Nombre: PRIETO, ALEJANDRO		Edad: 41	Sexo: M	
Tipo y Nº Doc: DU-26952627	Tipo Afiliado: Titular		Cantidad		
GÉNERICO			Nros. y Letras	Cantidad Entregada	Precio Unitario
1 Rp./ Vacuna Antineumococo conjugada dosis vacunante			1 (uno)		
I.S.A. Cargo Social: 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	\$	
			SELLO Firma farmacéutica	A Cargo Obra social (\$)	
				\$	
NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso. * Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.			Firma en Conformidad del Beneficiario		Tel:
					Aclaración y DNI:

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

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

AFILIADO: CRESPO HERNAN	
Fecha emisión: 10/05/2019	Coseguro: \$ 0.00
FARMACIA T. PROLONGADO	
Firma y Sello Responsable Tesorería	 001000617860

MODELO DE CREDENCIAL FISICA



MODELO CREDENCIAL 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