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

DESCUENTOS A CARGO DE DASUTeN:

AMBULATORIO:	50% Para producto incluidos en el Manual Farmacéutico
P.M.I.:	100% Para productos incluidos en el Manual Farmacéutico
TRAT. PROLONGADO	70% / 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 copia del CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD, no requiere recetario oficial. Sin C.U.D., se podrá reconocer con cobertura 50% y validar en plan Ambulatorio.
VACUNA ANTIGRIPAL	100% Según especificaciones incluidas en la presente norma.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial en vigencia y Documento de Identidad.

RECETARIO

- OFICIAL (Para planes Tratamiento Prolongado, Leches maternizadas y medicamentosas y Vacuna Antigripal)
- CONVENCIONAL: Para el resto de los planes.
- 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	DEBE ENTREGARSE
No indica tamaño	El de menor contenido
Sólo indica GRANDE	La tamaño SIGUIENTE AL MENOR
Equivoca cantidad	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 del C.U.D. (Certificado Único de discapacidad) prescripto por su médico de cabecera o personal, adjunto a la receta médica, prescindiendo si es necesario del recetario oficial de DASUTeN, reconociendo de este modo cualquier otro recetario. **Adjuntar la copia del Certificado de Discapacidad a la receta para su presentación. (Ver ejemplos en la última página)**

En caso de no presentar el Certificado de Discapacidad, se podrá reconocer con cobertura ambulatoria al 50%. (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 50% 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 ANTIGRIPAL ANTIGRIPAL

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 ANTIGRIPAL 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 ANTIGRIPALES 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 salvada
Falta de copia del Certificado de Discapacidad
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 50% 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 50% 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 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:

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	
Por acción Farmacológica (Generales. Para todos los planes)	Adelgazante Alimento infantil Anabólicos Análogo hormona de crecimiento Anticonceptivos Antineoplásico Antiviral contra HIV Citostático Complemento dietario Cosmético capilar Dermatocosmético Edulcorantes Factor estim. Crec. Gramulocitos Inmunosupresor Medicamentos oncológicos Productos alimenticios Abrasivo de limpieza Aceite para masajes musculares Acelerador del bronceado Agonista LHRH Anovulatorio Antiarrugas Anticaspa Antimetabolito Antioxidante exfoliativo Antioxidante fotoprotector Antiplaca antisarro Antitranspirante Blanqueador dental Citoprotector Coadyuvante coagulación Coadyuvante en oncología Crema dental Crema dental antisarro Crema dental para dientes sensibles Crema dental para encías irritadas Dermoaclarante Desodorante Desodorante pédico Dieta elemental con glutamina	Gonadotropinoterápia Hidratante Hidratante dérmico Hidratante nutriente dérmico Hidratante protector piel seca Higiene de la piel Higiene facial Higiene femenina Higiene personal Higiene vaginal Hipoalargénico Hormonosupresor Hormonoterapia antineoplásica Humectante Humectante astringente Humectante de párpados Humectante vaginal Inductor ovulación Inhibidor de la proteasa Inhibidor fotoenvejecimiento Inmunomodulador Limpiador para piel acneica Limpieza capilar Limpieza de prótesis dentales Nutrición enteral Nutrición para pacientes diabéticos Nutrición isotónica balanceada Nutrición parenteral Nutriente dérmico Pantalla Solar Polivitamínico Polivitamínico polimeral Productos odontológicos Protector dérmico Protector labial Protector solar Queratolítico / tópico para verrugas Reconstituyente dérmico Reductor Reductor y reafirmante corporal

	Emoliente Enjuague bucal antiplaca Estimulador de eritropoyesis Exfoaliante Exfoliante corporal Factor recombinante humano Fármaco antiobesidad no sistémica Filtro solar Fórmula de continuación Formula de inicio Formula hipoalargénica Fórmula infantil Fórmula para lactantes	Regenerador capilar Revelador de placa bacteriana Revitalizador humectante Sal bajo contenido de sodio Solución bucal Somatotrópico Suplemento nutricional Tratamiento de obesidad Tratamiento de acromegalgia Tratamiento de artritis reumatoidea Tratamiento de carcinoma de vejiga Tratamiento de estrías Vitamínico

LISTADO DE MÉDICOS AUDITORES AUTORIZANTES

- *BASTANZO, Rubén Alberto*
- *CAPPIELLO, Miguel Angel*
- *CARRANZA, Jorge Ernesto*
- *CHEMES, Eduardo Aroldo*
- *CUENYA CAO, Victoria*
- *DAHBAR, Nicolás Elias*
- *DAS NEVES, Andrea Verónica*
- *DAVID, Agostina*
- *FORESI, Alberto Federico*
- *FRANZOSI, Ricardo*
- *HEDIGER, María Emilia*
- *LAMELZA, Dardo Rubén*
- *LLADO SANCHEZ, Valeria Vanesa Judith*
- *LLORET, Francisco José*
- *MAHLER, Manuel Alberto*
- *MILANI, Arnaldo Pablo*
- *MONTES DE OCA, Adrián*
- *PEPE, Carlos Esteban*
- *SCOCCO, Danilo Gualberto*
- *SOLSONA, Bibiana Raquel*
- *SOTO, Estela Isabel*
- *VIDAL, Mariano Rubén*

• 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 Credencial: 01-6666/00 | Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN | Edad: 38 | Sexo: F

Tipo y Nº Doc: 3333333 | Tipo Afiliado: Titular

	GÉNERICOS	Cantidad Nros y Letras	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social 70 %
1	Rp./ melatonina-3 mg comp.x 30 (3mg)	1 (uno)				
2						
3						
4						

TRANSCRIPCIÓN DE LA RECETA DEL MÉDICO DE CABECERA | Diagnóstico: EPOC

Fecha Prescripción: 29/12/2022

TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL

Dr. MARIANO, RUBEN VIDAL
Auditor Médico D.A.S.U.Te.N
MN: 115911

Fecha Disp.: / /

Certifico entrega de los medicamentos facturados
SELLO
Firma Farmacéutico

Firma en Conformidad del Beneficiario

A Cargo Beneficiario ($): $.

A Cargo Obra Social ($): $.

Tel:
Aclaración y DNI:

NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.

* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.

RECETA ELECTRONICA – FIRMA REGISTRADA – 29/12/2022 13:12hs - SYSDASUTEN

D.A.S.U.Te.N
Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional

COD: 30 | DELEGACIÓN: Facultad Regional La Rioja | FECHA EMISIÓN: 03/01/2023

ORDEN DE FARMACIA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO ELECTRONICO

Nº Credencial: 33-81790/20 | Apellido y Nombre: PAZ TULA, JERONIMO NATAEL | Edad: 9 | Sexo: M

Tipo y Nº Doc: 59282950 | Tipo Afiliado: Hijo/a

	GÉNERICOS	Cantidad Nros y Letras	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social 100 %
1	Rp./ proteínas+grasas+carbohid.+asoc.-lata 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

TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL

Dr. MARIANO, RUBÉN VIDAL
Auditor Médico D.A.S.U.Te.N
MN: 115911

Fecha Disp.: / /

Certifico entrega de los medicamentos facturados
SELLO
Firma Farmacéutico

Firma en Conformidad del Beneficiario

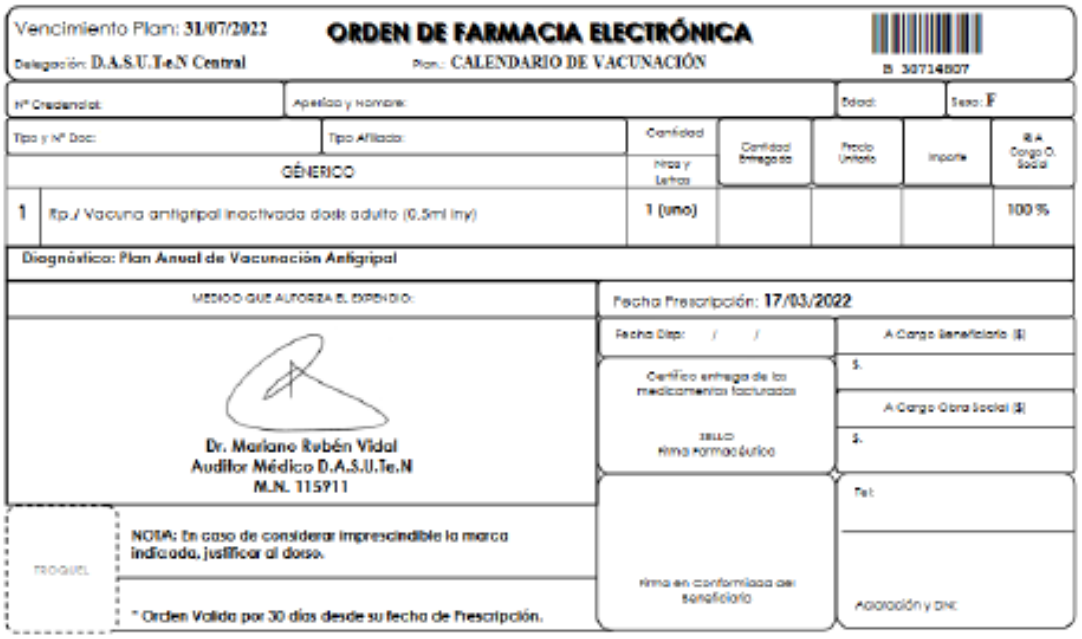
A Cargo Beneficiario ($): $.

A Cargo Obra Social ($): $.

Tel:
Aclaración y DNI:

NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.

* Orden Válida por 30 días desde su fecha de Prescripción.



Vencimiento Plan: 31/07/2022
Delegación: D.A.S.U.T.e.N Central

ORDEN DE FARMACIA ELECTRÓNICA

Plan.: CALENDARIO DE VACUNACIÓN

B 30714807

Nº Credencial:	Apellido y Nombre:	Edad:	Sexo: F
Tipo y Nº Doc:	Tipo Afiliado:		

	GÉNERICO	Cantidad Letras y Letras	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe	% A Cargo O. Social
1	Rp./ Vacuna antigripal inactivada dosis adulto (0.5ml iny)	1 (uno)				100 %

Diagnóstico: Plan Anual de Vacunación Antigripal

MEDICO 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: / /

Certifico entrega de los medicamentos facturados

SELLO
Firma Farmacéutico

A Cargo Beneficiario ($)
$.

A Cargo Obra Social ($)
$.

Tel:

Firma en conformidad del Beneficiario

Aclaración y DNI:

TROQUEL

NOTA: En caso de considerar imprescindible la marca indicada, justificar al dorso.

* Orden Valida por 30 días desde su fecha de Prescripción.

MODELO DE CREDENCIAL

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**.- - -

D.A.S.U.Te.N.

DIRECCION DE ACCION SOCIAL D.A.S.U.Te.N. U.T.N.

Firma del Responsable

Sello de la Institución

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

Programa Provincial de Rehabilitación — Ministerio de Salud — Buenos Aires LA PROVINCIA

Formulario único Nº 000137181

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ref. Expediente Nº | FECHA (DIA MES AÑO)

La Junta Médica Descentralizada de (lugar): SAN MIGUEL — Región Sanitaria

Constituida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario Nº 1149/90, dictamina que el Sr./a.

Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad
NUMERO	TIPO: DNI	DIA	MES	AÑO		F/M	S/C/D/V	

Domicilio actual - Calle

Número | Piso | Dpto. | Partido: SAN MIGUEL

Localidad: S. MIGUEL — Código Postal

Teléfono de interés (teléfono, fax, correo electrónico)

6-20

DEFICIENCIA: 681 (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

DISCAPACIDAD: 502 519 63 (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) — Fecha de inicio de la discapacidad

MINUSVALIA: 31 53 65 (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad: 2 (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)

ALCANCE de la Discapacidad: Parcial Trans. [ ] Parcial Perm. [X] Total Trans. [ ] Total Perm. [ ]

TIPO de la Discapacidad: Visceral [X] Mental [ ] Motora [ ] Auditiva [ ] Visual [ ]

PRONOSTICO de la Discapacidad: 2 (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)

La institución de CURATELA se considera: Necesaria [ ] Innecesaria [X]

Plazo de la VALIDEZ del Certificado: 1 Año [ ] 2 Años [ ] 3 Años [ ] 5 Años [ ] 10 Años [X]

NECESITA ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ]

Firma y sello del profesional de la Junta Evaluadora — Firma y sello del Director del Programa — Firma y sello del Director de la Jurisdicción

---

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires — MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Nº: ARG-01-00021142778-20220311-20270311-CBA-536

Ley Nº 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: [redacted]

TIPO Y NRO DOC: D.N.I. - F [redacted] — Nº CUIT/CUIL [redacted] — F/NACIMIENTO

DIAGNOSTICO: Anormalidades de la marcha y de la movilidad Estado de artrodesis Trastornos de disco lumbar y otras dorsopatía Infección y reacción inflamatoria debidas a dispositivo de fijación interna [cualquier sitio]

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b770.2 b28013.3 b28016.3 b7151.2 b7101.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s76002.370

ACTIVIDAD - PARTICIPACION: d540.23 d6200.34 d410.23 d510.23 d570.23 d920.23 d240.23 d8451.23 d640.23 d230.23 d850.23 d220.23

FACTORES AMBIENTALES: e1101.+3 e1201.8 e5801.+3 e310.+3 e355.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:

PRESTACIONES DE REHABILITACION

VENCIMIENTO: 11/3/2027

ACOMPAÑANTE: SI — "En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"

LUGAR Y FECHA DE EMISION:

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires — Fecha de emisión: 11/3/2022

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE DISCAPACIDAD DE:

Junta del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
María Del C. Montarulli DNI 5.5924 Medicina Interna Junta Evaluadora MONTARULI María del Carmen	Lic. Giselle Tramo TERAMO Giselle Natalia M.N.: 42.160	PUNGITORE Liliana Irene M. N. Ana
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB www.argentina.gob.ar/anis

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa

---

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires — Ley Nº 22.431 — 02535998-3

MINISTERIO DE SALUD — CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO: [redacted]

NOMBRES: [redacted]

D.N.I.: [redacted]

TIPO Y NRO DOCUMENTO — FECHA DE NACIMIENTO

"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"

Junta del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

EMITIDO POR

941791288

NRO.CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00021142778-20220311-20270311-CBA-536

FECHA DE EMISION	FECHA VTO	ACOMPAÑANTE
11/3/2022	11/3/2027	SI
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
MONTARULI María del Carmen	TERAMO Giselle Natalia	PUNGITORE Liliana Irene Ana