DASMI – Universidad de LUJAN

Dirección Asistencia Social y Medicina Integral – Universidad Nacional de Luján

Cod. O.S. 999

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): NOVIEMBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	OS	AFILIADO	OBSERVACIONES
Cobertura Común: Dentro o fuera F.T. IOMA	40%	60%	Tendrán cobertura del 40% aquellos medicamentos que estén dentro o fuera del Formulario Terapéutico de IOMA, prescriptos por nombre genérico, con las excepciones según clasificación Manual Farmacéutico. (ver exclusiones al pie de la norma)
PMI: Dentro o fuera F.T. IOMA	100%	—	Cobertura 100% con las mismas exclusiones que la cobertura común. Los medicamentos excluidos del F.T. de IOMA tendrán una cobertura del 40% en ambulatorios y del 100% en PMI, con las mismas excepciones que para productos incluidos en el F.T.-
Anticonceptivos	100%	—	**ANTICONCEPTIVOS**: Se reconocerán todos los anticonceptivos que figuren en Manual Fco., según listado, Sin requerir Autorización. La cobertura será hasta 2 (Dos) envases por mes y hasta 14 (Catorce) envases anuales.
Autorizados	40%-60%-100%	resto	**Autorización previa**: Cualquier medicamento incluido o excluido de la presente normativa PODRA ser reconocido con autorización previa de DASMI, la cual se realizará en la receta original o en una hoja que acompañará a la receta mediante sellos oficiales (ver modelos), donde figure el porcentaje de cobertura: 40%, 60% o 100% (no pudiendo realizarse autorizaciones con porcentajes de cobertura mixtos). Del mismo modo, se podrán dispensar recetas con más de 2 troqueles siempre y cuando estén autorizadas previamente. Importante: Para la dispensa de medicamentos de uso normatizado de IOMA, **NO ES NECESARIA** la autorización de DASMI
Coseguro	30%	Resto no cubierto por (obra social + coseguro)	**Cobertura solo con recetario oficial (ver modelo al pie de esta norma) Actúa para TODAS LAS OBRAS SOCIALES, EXCEPTO para Dasmi (O.S Primaria).** La receta del Coseguro debe estar prescripta respetando el orden de los RP de la receta de la OS Primaria. Renglones hasta 3 (tres). Unidades por tamaño y por renglón: Según indique Obra social primaria. Se valida siempre en convenio Dasmi plan “coseguro”.
Vacuna Antigripal	40%	60%	Vigencia 1/04/26 al 31/12/26. Cobertura de vacunas en stock de la farmacia. (productos con troquel) No requiere Autorización previa. Requiere receta con la indicación de la vacuna por genérico únicamente (sin otra

			medicación), la cual deberá contener los datos completos del afiliado y diagnóstico. Validar obligatoriamente a través del plan “Vacuna Antigripal”.

Cantidad Máxima de:
Anticonceptivos: Hasta 2 (Dos) envases por receta.
Resto de los Planes:
PRODUCTOS POR RECETA: Hasta 2 (Dos) de distinto principio activo
UNIDADES POR RENGLON: 1 (UNO)
TAMAÑO POR RECETA: Lo prescripto
Antibióticos Inyectables: **envase indiv.: 5 – multidosis: 1**

Inclusión:
* **HIPOGLOS** (en todas sus presentaciones, excepto las de venta libre): en Plan Común y PMI: cobertura 100%.
* Para la cobertura común, se incluyen, sin requerir de previa autorización, los productos de acción farmacológica: **Nutriente Dérmico**, siempre que los mismos no sean de venta libre.
* Toda medicación para el tratamiento del acné, Shampoo/jabón líquido, productos dermoaclarantes deben estar recetados por médico dermatólogo y **con autorización previa de DASMI**.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

*** RECETAS PARTICULARES**: prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original con membrete médicos o de instituciones. Son válidos también los recetarios de propaganda médica.
Debe figurar OBLIGATORIAMENTE el DIAGNOSTICO.

*** PMI**: el recetario debe contener la leyenda “PMI”. **Siempre deben contar con la autorización previa de DASMI.**

*** ANTICONCEPTIVOS**: Siempre que el diagnostico indique: **Anticoncepción, ACO, Planificación Familiar, tendrán cobertura del 100% en el plan anticonceptivos,** caso contrario se deberá validar en el plan Común.

Para LECHES MEDICAMENTOSAS: de 1 a 12 meses del bebé (con autorización previa).

Recetas Electrónicas:
Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (emitidas por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de Salud) las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta y/o QR. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, Nº de afiliado, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.
Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).
Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

**** Recetario COSEGURO: oficial fondo blanco con letras negras con leyenda COSEGURO.***
La receta del Coseguro debe estar prescripta respetando el orden de los RP de la receta de la OS Primaria.

– Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
– Cantidad de cada medicamento en números y letras.
– Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
– Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
– Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

60 días corridos desde la fecha de prescripción.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación

MODELOS DE RECETARIOS

MODELO DE RECETARIO CO-SEGURO FONDO BLANCO CON LETRAS NEGRAS



Modelo de sellos oficiales para autorizaciones









EXCLUSIONES

EXCLUSIONES SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, POR DROGA:

abciximab	etanercept	inmunoglobulina a-11-s+asoc.	magnesio+ginseng+asoc.
adalimumab	exenatida	inmunoglobulina anticitomegalov.	molgramostim
adefovir dipivoxil	factores de coagulación	inmunoglobulina antihepatitis B	omalizumab
adrenalina	filgrastim	inmunoglobulina anti-rho	Orlistat
Albumina humana	fsh	inmunoglobulina antirrábica	reteplase
alefacept	fsh+lh	inmunoglobulina antitetánica	riluzol
anagrelide	ginkgo biloba+ginseng+asoc.	inmunoglobulina contra varicela	rituximab
anti-inhibidor factor VIII	ginseng	inmunoglobulina humana	rivaroxabán
arginina+ginseng	ginseng+aminoácidos fosf.+asoc.	interferón alfa	Sildenafil
basiliximab	ginseng+asoc.	interferón alfa 2 A	soluc.parent/fisiol/glucos/otras
busereline	ginseng+creatina+aminoác.+asoc.	interferón alfa 2 B	teriparatida
clomifeno	ginseng+minerales	interferón alfa 2 B pegilado	tobramicina (excepto gotas y ungüentos oftalmológicos)
daclizumab	ginseng+piritinol+asoc.	interferón beta	toremifeno
dnasa humana recombinante	ginseng+vit.+minerales	interferón gamma	trastuzumab
drotrecogin alfa activado	gonadotrofina coriónica	interferón Ó2b pegil.+ribavirina	uroquinasa
efalizumab	infliximab	interferón Ó2b+ribavirina	
eritropoyetina recomb.humana	inhibidor c1-esterasa	lhrh	
estreptoquinasa	inmunoglobulina a	magnesio+ginseng	

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

EXCLUSIONES SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, ACCIÓN FARMACOLÓGICA:

Abrasivo de Limpieza (*)	Antiséptico	Higiene de la piel (*)
Aceite para masajes musculares (*)	Antiséptico Astringente	Higiene de párpados(*)
Acelerador de bronceado (*)	Antiséptico Bactericida	Higiene facial (*)
Afirmante Antiflacidez (*)	Antiséptico Desinfectante	Higiene femenina (*)
Agonista LHRH	Antiséptico Exfoliante	Higiene personal (*)
Análogo hormona de crecimiento	Antiséptico topico antiinf	Higiene vaginal (*)
Anestésico	Antitranspirante (*)	Hipoalergénico(*)
Anestésico gral.	Antiviral contra HIV	Hormonosupresor
Anestésico inhalatorio	Aromoterapia (*)	Hormonoterapia antineoplásica
Antagonista liberación LHRH	Bioenergizante	Humect.facial c/prot.solar (*)
Antialopécico (*)	Blanqueador dental (*)	Humect.facial c/prot.solar
Antiandrógeno	Bronceador	Humectante vaginal (*)
Antiasténico	Bronceador (*)	Inductores de la ovulación
Antibiótico Antineoplásico	Citoprotector	Inhibidor fotoenvejecimiento (*)
Anticardiotóxico	Citostático	Inmunoestimulante
Anticaspa (*)	Coadyuvante coagulación	Inmunosupresor
Anticaspa Antiseborreico (*)	Coadyuvante en oncología	Leches enteras
Anticelulítico (*)	Combate 7 signos envej.facial (*)	Limpiador p/piel acneica (*)
Anticelulitico antinodulos (*)	Crema dental	Limpieza capilar (*)
Anticelulitico reductor (*)	Crema dental Antisarro	Mejorador calidad de la piel(*)
Antiestrogenico	Crema dental p/dien.sensibles	Nutriente Restaurador (*)
Antihemofílico	Crema dental p/encías irritadas	Pantalla solar (*)
Antileucémico	Crema dental p/fumadores	Pantalla solar
Antileucémico	Dermatocosméticos (*)	Para dejar de morderse las uñas(*)
Antimetabolito	Desodorante (*)	Productos homeopáticos
Antineoplásico	Disminuye rechazo transp.renal	Protector labial (*)
Antineoplásico	Energizante masc/fem.supl.diet	Protector rayos U.V.
Antioxidante	Energizante masculio	Protector rayos U.V. (*)
Antioxidante Exfoliativo (*)	Energizante psicofísico	Protector solar
Antioxidante fotoprotector	Evita el contagio de piojos (*)	Reconstituyente
Antioxidante Fotoprotector (*)	Exfoliante (*)	Refrescante de la piel (*)
Antioxidante protector dermico	Exfoliante corporal(*)	Sistema de hidratación facial(*)
Antioxidante Protector dérmico (*)	Factor estim.crec.granulocitos	Somatotrópico
Antioxidante Protector dérmico (*)	Factor recombinante humano	Trat.acromegalia/tum.neuroendóc.
Antioxidante Reconstituyente	Fibrinolítico	Trat.artritis reumatoidea
Antiplaca Antisarro	Filtro solar	Trat.carcinoma de vejiga
Antiplaca Antisarro Refresc.	Filtro solar (*)	
Antirreumático Inmunomodulador	Gonadotropinoterapia	

(*) Solo se reconocen los que poseen troquel

EXCLUSIONES POR FORMA FCA., TAMAÑOS, REGISTRO Y TIPO DE VENTA:

Cosméticos (Forma Fca.)	Hospitalarios(Tamaño)	Tipo de Venta 1 (Venta Libre)
Cremas dentales (Forma Fca.)	Soluciones parenterales (Tamaño)	

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES, CON AUTORIZACIÓN PREVIA, SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, DROGA:

antígeno hepatitis a	haemophilus influenz.b+DPT+asoc.	pemolina magnesio	toxoide tetánico+diftérico
antígeno hepatitis b	haemophilus influenz.tipo b	polisacáridos de S.pneumoniae	triac
antígeno hepatitis b+asoc.	haemophilus influenz.tipo b+DPT	toxoide tetán.+diftér.+pertusis	virus saram.+parotiditis+rubéola

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES, CON AUTORIZACIÓN PREVIA, SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, FORMA FCA.:

- Leches medicamentosas (únicamente cobertura en PMI)

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES, ÚNICAMENTE EN PMI, CON AUTORIZACIÓN PREVIA, SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, REGISTRO:

DERMAGLOS	NAN 2	NAN 2 (NF)

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES, CON AUTORIZACIÓN PREVIA, SEGÚN MANUAL FARMACÉUTICO, ACCIÓN FARMACOLÓGICA:

Adelgazante	Humect.facial c/prot.solar	vac.antimeningocóccica ACYW-135	Vacuna contra el cólera
Anorexígeno	Humectante	Vac.contra virus Papiloma Humano	Vacuna contra gastroenteritis
Anorexígeno Lipolítico	Humectante Astringente	Vacuna	Vacuna contra hepat.B coadyuvada
Antiacneico	Humectante de párpados	Vacuna antiacneica	Vacuna contra hepatitis A
Antiacneico antipruriginoso	Inmunización activa	Vacuna anticatarral	Vacuna contra hepatitis A y B
Antiacneico antiseborreico	Inmunización antitetánica	Vacuna antigripal	Vacuna contra hepatitis B
Antiarrugas	Mejorador de la calidad de la piel	Vacuna antigripal trivalente	Vacuna contra la fiebre amarilla
Combate 7 signos envej.facial	Nutriente Restaurador	Vacuna antimeningocóccica	Vacuna contra la influenza
Control Envejecimiento Cutáneo	Protector dérmico	Vacuna antineumocóccica	Vacuna contra la varicela
Corrector signos envejecimiento	Reconstituyente dérmico	Vacuna antiparotídica	Vacuna cuádruple
Dermoaclarante	Red.grasas/tonif muscular	Vacuna antipoliomielítica	Vacuna doble
Emoliente	Reductor	Vacuna antirrábica	Vacuna quíntuple
Estimulador cutáneo	Reductor y reafirmante muscular	Vacuna antirrubeólica	Vacuna quíntuple acelular
Fármaco antiobesidad no sistemica	Regulador de la pigmentacion de la piel	Vacuna antisarampionosa	Vacuna séxtuple
freno a las calorías	Revitalizador Humectante	Vacuna antitetánica	Vacuna SRP (saramp/rubéol/paper)
Hidratante	Sistema de hidratación facial	Vacuna antitetánica/antigripal	Vacuna triple
Hidratante autobronceante	Suavizante p/manos y cuerpo	Vacuna antitífica	Vacuna triple acelular
Hidratante dérmico	Supl diet p/hombres/red grasa	Vacuna antitricomoniásica	
Hidratante Nutriente dérmico	Trat. De la obesidad	Vacuna antituberculosa	
Hidratante Protector piel seca	Trat.de estrías	Vacuna conj.Haemophilus b	

ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN CLASIFICACIÓN MANUAL FCO., ACCIÓN FARMACOLÓGICA:

Anovulatorio	Anticonceptivo/Supl.de Hierro	Espermicida
Anticonceptivo	Endoceptivo	Preservativo femenino

SEGÚN FORMA FARMACÉUTICA:

- Profilácticos

POR NRO. DE TROQUEL:

AVANCEL x 21 (5478681)	MILEVA 35 x 21 (5146091/0)	ZINNIA x 21 (5780551)
DIANE 35 x 21 (3036601)	TESS x 21 (5784421)	

RESUMEN

Presentación: Mensual
COSEGURO: Presentación carátula separada.

CUIT

30-58676240-7

CTRL F: *para buscar palabra clave.*