

# ANEXO INFORMACIÓN N° 38/13 – S.U.

Septiembre 2013



## OBRA SOCIAL: CASA

Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires  
 N° de CUIT: 30-53270805/9 - Cód. de O.S.: 09000  
 Dirección: Calle 13 N° 821/29 - 3° Piso - LA PLATA

| <b>DESCUENTO:</b>                                                                                                   | <b>O.S.</b> | <b>Afiliado</b> | <b>TRATAMIENTO PROLONGADO:</b> Las recetas con esta leyenda indicada por el médico en lugar visible y que correspondan a las familias de <b>Antiarrítmicos, Antihipertensivos, Vasodilatadores coronarios, Hipolipemiantes, Fármacos para el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna, Anticoagulantes, Antiagregantes plaquetarios, Antiglaucomatosos o hipotensores oculares, Fármacos para terapéutica tiroidea, Enfermedad de Parkinson y otros extrapiramidalismos.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>PLAN CASA BAS / PLAN INTEGRAL / PLAN H / CASA MED/PLAN</u>                                                       |             |                 | <b>Todos ellos solos o en asociación, de administración oral o en soluciones oftálmicas y que no sean de venta libre.</b><br>Pueden indicarse hasta 4 (cuatro) envases grandes por producto u 8 (ocho) envases grandes por receta. Esta modalidad abarca a todos los productos de las familias detalladas.                                                                                                                                                                           |
| <u>JUBILADOS-PENSIONADOS</u>                                                                                        | 40%         | 60%             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <u>CASA BAYRES 1001</u>                                                                                             |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <u>CASA BAYRES 2001</u>                                                                                             |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <u>CASA BAYRES 3001</u>                                                                                             |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <u>CASA PLUS /CASA BAYRES 4001</u>                                                                                  | 50%         | 50%             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Plan Materno Infantil                                                                                               | 100%        | ---             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Programa Joven                                                                                                      | 30%         | 70%             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Otros                                                                                                               | 100% (1)    | ---             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>TIPO DE RECETARIO:</b>                                                                                           |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Oficial: SI (Solo PMI) (2)                                                                                          |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Otros: (2)                                                                                                          |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 15 días                                                                                |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>TROQUELADO:</b> SI (Completo con código de barra)                                                                |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>FECHA DE EXPENDIO:</b> SI                                                                                        |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:</b>                                                                      |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sello: SI                      Manuscrito: NO (solo si es ilegible el sello)                                        |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:</b>                                                                             |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Letras: SI                      Números: SI                                                                         |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>                                                                                          |             |                 | <b>Todos estos medicamentos serán reconocidos cuando medie autorización expresa de la Obra Social.</b><br>Citostáticos/Oncológicos y medicamentos para HIV/SIDA: con el <b>100% de descuento (1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Por el Médico: SI                                                                                                   |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI                                                                    |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>DEL RESUMEN:</b>                                                                                                 |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Planilla: Carátula Única                                                                                            |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Cantidad: Una                                                                                                       |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Presentación: Quincenal.                                                                                            |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>FACTURAR POR SEPARADO, los planes PMI y todos los CASA BAYRES.</b>                                               |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Validación obligatoria                                                                                              |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Para toda la Provincia de Buenos Aires.                                              |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> 2 (dos) de distinto principio                                                          |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>MEDICAMENTOS POR RENGLÓN :</b> 1 (Uno)                                                                           |             |                 | <b>FÓRMULAS LÁCTEAS:</b><br>Maternizadas: SI (3)<br>Medicamentosas: SI (3)<br>Enteras: NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Antibióticos iny. y todo medicamento cuya presentación sea en <b>inyectable:</b> envase indiv.:5      multidosis: 1 |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>TAMAÑOS POR RECETA:</b> uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.                     |             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Dorso de:  
**CASA**

**OBSERVACIONES:**

- (1) El expendio de **citostáticos / oncológicos** y medicamentos para el **tratamiento del SIDA**, será realizado con el 100% de descuento únicamente cuando la receta se encuentre expresamente **autorizada** por la Auditoría Médica de CASA. Caso contrario, estos productos no tendrán cobertura alguna.
- (2) Pueden utilizarse cualquier tipo de recetario (propios del profesional, de federaciones médicas, de propaganda médica, de clínicas o sanatorios, etc.) debiendo contar con los siguientes datos:
  - ✓ Apellido y nombre del afiliado
  - ✓ Número de afiliado
  - ✓ Fecha
  - ✓ Diagnóstico
  - ✓ Firma y sello del profesional interviniente

Las recetas de **PLAN MATERNO INFANTIL** serán las oficiales de CASA con las leyendas

Impresas:

- "PMI"- Recetario común de CASA, con sello. (no válidas para la prescripción de fórmulas lácteas)
- "PMI"- Control del niño - Medicamentos: (no válidas para la prescripción de fórmulas lácteas)
- "PMI"- Control del niño - Hasta 3 kg. De fórmulas lácteas o su equivalente de 21 lts. De fórmula fluida.
- "PMI"- Control del niño - **Vacunas incluidas en el Calendario Oficial de Vacunación.**
- "PMI"- Control del embarazo - Medicamentos"
- "PMI"- Control del embarazo - Vacuna Antitetánica, doble bacteriana (tétanos/difteria).

**LA CHEQUERA DEL PMI I (CORRESPONDIENTE A LA EMBARAZADA) CONTIENE DOS RECETARIOS CON LA LEYENDA VACUNA DT QUE PUEDEN SER UTILIZADOS PARA LA PROVISION DE LA VACUNA ANTITETANICA O DOBLE BACTERIANA INDISTINTAMENTE, AMBAS TIENE COBERTURA AL 100% DE SER INDICADAS EN LOS RECETARIOS A TAL FIN DE LA MENCIONADA CHEQUERA PMI I.**

- (3) **Fórmulas lácteas** medicamentosas y maternizadas se podrán dispensar con un límite de tres Kg. por receta, o su equivalente de 21 lts. de fórmula fluida, en **recetarios especiales de leches** del Plan Materno Infantil.

**LAS LECHES MEDICAMENTOSAS PRESCRIPTAS EN RECETARIOS DE AMPLIACION DE PLAN MATERNO INFANTIL EXPRESAMENTE TIENEN IMPRESA LA COBERTURA DEL 40 %.**

**LAS LECHES PRESCRIPTAS EN RECETARIOS COMUNES (NO DE PLAN MATERNO INFANTIL) NO TIENEN COBERTURA DE CASA.**

**VACUNAS: CASA CUBRE AL 100 % Y HASTA EL AÑO DE VIDA LAS VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION PRESCRIPTAS EN RECETARIOS DE LA CHEQUERA DE PLAN MATERNO INFANTIL II, A SABER:**

- **BCG: TUBERCULOSIS**
- **ANTIGRI PAL**
- **ANTIHEPATITIS A** (Con cobertura al 100 % hasta el año de vida, en recetario preimpreso o con receta autorizada por CASA).
- **ANTIHEPATITIS B**
- **DOBLE VIRAL**
- **DPT-Hib (CUADRUPLE): DIFTERIA- TETANOS - PERTUSSIS - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B**
- **DPT-Hib - HB (QUINTUPLE) DIFTERIA- TETANOS - PERTUSSIS - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B - HEPATITIS B**
- **DPT-Hib-HB-ANTIPOLIO (SEXTUPLE) DIFTERIA- TETANOS - PERTUSSIS - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B- HEPATITIS B-ANTIPOLIO**
- **NEUMOCOCCICA CONJUGADA**
- **SABIN: ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL**
- **SRP (TRIPLE VIRAL): SARAMPIÓN - RUBÉOLA - PAROTIDITIS**
- **TRIPLE BACTERIANA Y TRIPLE BACTERIANA ACELULAR**
- **VARICELA**

**EL RESTO DE LAS VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION O PRESCRIPTAS EN RECETARIOS COMUNES TIENEN COBERTURA DE CASA DEL 40 %.**

**LA VACUNA ANTIGRI PAL SE CUBRIRÁ EN LOS MESES MARZO, ABRIL Y MAYO SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE CADA CAMPAÑA.**

- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI
- No se aceptan enmiendas sobre corrector.
- Facturar **POR SEPARADO** los Planes **PMI** y todos los Planes **CASA BAYRES**

**MUY IMPORTANTE:**  
**CASA PODRÁ AUTORIZAR TODO EXPENDIO QUE SE CONTRAPONGA CON LA PRESENTE NORMA (EJEMPLO: MAYORES CANTIDADES, MEDICAMENTOS EXCLUIDOS, OTROS DESCUENTOS, ETC.).-**

**DROGAS EXCLUIDAS DE LA COBERTURA DE C.A.S.A. QUE NECESITAN AUTORIZACIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA DE C.A.S.A. PARA LA DISPENSA:**

**FACTORES DE COAGULACIÓN**

FACTOR IX  
FACTOR VII  
FACTOR VIII  
FACTOR VIII + FACTOR VON WILLENBRAND  
OTROS FACTORES O ASOCIACIÓN DE FACTORES

**INMUNOSUPRESORES/INMUNOMODULADORES**

MICOFENOLATO  
CICLOSPORINA  
TACROLIMUS  
COPOLIMERO 1  
INFLIXIMAB  
INTERFERONES  
    ALFA 2 A  
    ALFA 2 B  
    ALFA 2 B PEGILADO  
    BETA  
    GAMMA  
    ALFA 2 BETA PEGILADO + RIBAVIRINA  
    ALFA 2 BETA + RIBAVIRINA

**HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR**

NADROPARINA CÁLCICA  
ENOXAPARINA

**VARIOS**

SOMATOTROFINA  
VERTEPORFIN  
ERITROPOYETINA  
GONADOTROFINA CORIONONICA  
NAFARELINA  
ACETATO DE LEUPROLIDE  
LHRH  
GANIRELIX  
PROGESTERONA  
CETRORELIX  
FSH  
FSH + LH  
    SILDENAFIL  
ETANERCEPT (Ej. ENBREL)  
PALIVIZUMAB (Ej. Synagis)  
LINEZOLID (Ej. Zyvox)  
TOXINA BOTULÍNICA (Ej. Botox; Dysport)  
TERIPARATIDA (Ej. Forteo)  
PRODUCTO NUTRICIONAL PARA LACTANTES NEOCATE  
ACIDO ZOLEDRONICO (Ej. Zometa)  
LEVOSIMENDAN (Ej. Simdax)