

# ANEXO INFORMACIÓN N° .../16 – S.U.



DICIEMBRE 2016

## 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

DESCUENTO:	O.S.	Afiliado
PLAN CASA BAS / PLAN INTEGRAL / MED / NOVEL JUBILADOS-PENSIONADOS	40%	60%
CASA BAYRES 1001	40%	60%
CASA BAYRES 2001	40%	60%
CASA BAYRES 3001	40%	60%
CASA BAYRES NOVEL	40%	60%
CASA PLUS /CASA BAYRES 4001	50%	50%
Plan Materno Infantil	100%	---
Programa Joven	30%	70%
Programa Joven Bayres	30%	70%
<b>Autorizados y Otros</b>	<b>100% (1)</b>	---

**TIPO DE RECETARIO:**  
 Oficial: SI (Solo PMI) (2)  
 Otros: (2)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días

**TROQUELADO:** SI (Completo con código de barra)

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:**

Sello: SI                      Manuscrito: NO (solo si es ilegible el sello)

**ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: SI                      Números: SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI  
 Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Carátula Única  
 Cantidad: Una  
 Presentación: Quincenal.

**FACTURAR POR SEPARADO, los planes PMI y todos los CASA BAYRES.**

Validación obligatoria

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la Provincia de Buenos Aires.

**PRODUCTOS POR RECETA:** 2 (dos) de distinto principio

**MEDICAMENTOS POR RENGLÓN :** 1 (Uno)

Antibióticos iny. y todo medicamento cuya presentación sea en **inyectable**: envase indiv.:5      multidosis: 1

**TAMAÑOS POR RECETA:** uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.

**TRATAMIENTO PROLONGADO:** Las recetas con esta leyenda indicada por el médico en lugar visible y que correspondan a las familias de **Antiarrítmicos, Antihipertensivos, Vasodilatadores coronarios, Hipolipemiantes, Hipoglucemiantes, 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. Todos ellos solos o en asociación, de administración oral o en soluciones oftálmicas y que no sean de venta libre.** 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.

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**

Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta que se encuentren incluidos en el **Manual Farmacéutico, excepto:**

- Productos Dermatológicos sin troquel
- Anorexígenos/adelgazantes
- Fórmulas Magistrales
- Antitabáquicos
- Edulcorantes
- Medicamentos dados de Baja
- Venta Libre
- Productos sin troquel
- y los expresados en el listado de Drogas excluidas

Citostáticos/Oncológicos y medicamentos para HIV/SIDA: con el **100% de descuento (1)**

**FÓRMULAS LÁCTEAS:**

Maternizadas: SI (3)  
 Medicamentosas: SI (3)  
 Enteras: NO

**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.  
**También podrán dispensarse recetas que se contrapongan con la presente norma con una cobertura exclusivamente del 100% cuando se encuentren debidamente autorizadas.**
- (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 Nro. 1 (control del embarazo) contiene dos recetarios preimpresos destinados a la prescripción del refuerzo de la vacuna TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTPa), y una dosis de la vacuna ANTIGRIPAL TRIVALENTE, ambas vacunas para la mamá embarazada. Esta chequera contiene además, dos órdenes preimpresas para las primeras vacunas del bebé recién nacido, a saber:

- BCG
- ANTIHEPATITIS B (1ra. dosis)

La chequera del PMI Nro. 2 (control del niño) contiene la prescripción de las siguientes vacunas, de acuerdo al Plan vacunatorio oficial con cobertura del 100%

- NEUMOCOCCICA CONJUGADA (3 dosis)
- PENTAVALENTE+SABIN ORAL O SEXTUPLE ACELULAR (3 dosis)
- (TRIPLE VIRAL): (1 DOSIS)
- ANTIHEPATITIS A (1 dosis)
- ANTIGRIPAL TRIVALENTE JUNIOR (2 dosis)
- SABIN ORAL (para atención en vacunatorios públicos o privados que cuenten con dosis unitarias y orales)
- VACUNA ROTAVIRUS (2 dosis)

**EL RESTO DE LAS VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION O PRESCRIPTAS EN RECETARIOS COMUNES TIENEN COBERTURA DE CASA DE ACUERDO AL PLAN (30%, 40%, 50 %).**

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

- (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 HASTA EL AÑO DE VIDA CON LA LEYENDA PMI (SERIE Y N° DE CHEQUERA) CON COBERTURA DE ACUERDO AL PLAN.**

- 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, ETC.).-**

**ANTICONCEPTIVOS/ANOVULATORIOS**

Con cobertura directa al 100%. No requieren autorización.

ETINELESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mg. combinado con LEVONORGESTREL entre 0,10 y 0,30 mg.  
 GESTODENO 0,06 / 0,75 mg  
 DESORGESTREL 0,15 mg.  
 NORGESTIMATO 0,250 mg  
 ACETATO DE CIPROTERONA 2mg.  
 ENANTATO DE NORETISTERONA 50mg. / VALERATO DE ESTRADIO 0,5 mg.  
 ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 25mg ./ CIPIONATO DE ESTRADIOL 5mg.  
 DIHIDROXIPROGESTERONA ACETOFENIDO 150mg. / ESTRADIOL ENANTATO 10 mg.  
 ETINIESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mg. combinado con LEVONGESTREL entre 0,05 y 0,125mg.  
 GESTODENO 0,05-0,1mg.  
 NORGESTINATO 0,180-0,250mg.  
 LEVONORGESTREL 0,30mg.  
 LINESTRENOL 0,5mg.  
 NORGESTREL 0,075mg.  
 ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150mg.

**EL RESTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS CON LA COBERTURA QUE INDICA EL PLAN DE REVISTA.**

**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)