



Junio 2011

**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 / PLAN H / CASA MED/PLAN JUBILADOS-PENSIONADOS	40%	60%
CASA BAYRES 1001 CASA BAYRES 2001 CASA BAYRES 3001		
CASA PLUS /CASA BAYRES 4001	50%	50%
Plan Materno Infantil	100%	---
Programa Joven	30%	70%
Otros	100% (1)	---

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

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 15 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.**

**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, 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:**

- Anticonceptivos/Anovulatorios
- 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

**Todos estos medicamentos serán reconocidos cuando medie autorización expresa de la Obra Social.**  
 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.
- (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 - BCG, Antihepatitis A, Antihepatitis B, Cuádruple, Antipoliomielítica Oral, Triple Viral.
- "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 CONERTURA AL 100% DE SER INDICADAS EN LOS RECETARIOS A TAL FIN DE LA MENCIOANDA 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
- ANTIHEPATITIS A (Con cobertura al 100 % hasta el año de vida, en recetario preimpreso o con receta autorizada por CASA).
- ANTIHEPATITIS B
- DTP - Hib (CUADRUPLE): DIFTERIA- TETANOS - PERTUSSIS - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B
- SABIN: ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL
- SRP (TRIPLE VIRAL): SARAMPIÓN - RUBÉOLA - PAROTIDITIS+

**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 ANTIGRIPIAL 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)