

NORMA FACAF

MARZO 2021

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 / MED NOVEL		
JUBILADOS-PENSIONADOS	40%	60%
CASA BAYRES 1001		
CASA BAYRES 2001		
CASA BAYRES 3001		
CASA BAYRES NOVEL		
CASA PLUS /CASA BAYRES 4001	50%	50%
Plan Materno Infantil	100%	----
Programa Joven	30%	70%
Programa Joven Bayres	30%	70%
Autorizados	30% 40% 50% 100% (1)	----

Campaña de Vacunación Antigripal 2021 (*)

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 Plan común de Bayres.

Validación Obligatoria

COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires

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

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. En caso de única presentación será considerado chico.

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:**

- Anorexígenos/adelgazantes/Trat. Obesidad
- Fórmulas Magistrales
- Antitabáquicos
- Edulcorantes
- Medicamentos dados de Baja
- Venta Libre
- Productos sin troquel

Citostáticos/Oncológicos y medicamentos para HIV/SIDA: con el **100% de descuento.** Requerirán obligatoriamente de la AUTORIZACION de la Auditoría Médica de CASA.

ANTICONCEPTIVOS / ANOVULATORIOS

Con presentación de autorización vigente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R.), la cobertura es del 100% en todas las formas (uso oral, endoceptivos, parches transdérmicos, implantes etc.), excepto las formas inyectables que tendrán descuento según plan, solo con autorización previa.

Si no presenta autorización del (P.S.S.R.), deberá presentar prescripción médica para su expendio al 100%, se mantiene el requerimiento de autorización previa de CASA para las formas inyectables.

FÓRMULAS LÁCTEAS:

Maternizadas: SI (3)

Medicamentosas: SI (3)

Enteras: NO

Dorso de:
CASA

OBSERVACIONES:

- (1) Podrán dispensarse recetas que se contrapongan con la presente Norma: mayores cantidades, productos excluidos cuando se encuentren debidamente autorizadas por la obra social con el 30%, 40%, 50% o 100% de cobertura. Con firma y sello de Auditor Médico o Jefe de Departamento CASA.
- (2) Puede 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 de diseño oficial de CASA con las leyendas impresas:

CHEQUERA #1 - CONTROL DEL EMBARAZO, vinculada con la siguiente cobertura al 100%:

- Recetarios destinados a la prescripción libre de hasta 2 productos farmacéuticos específicos, en cada uno de ellos.
- Recetarios destinados a la prescripción del refuerzo de la vacuna triple bacteriana acelular (dTPa) y de 1 dosis de vacuna antigripal trivalente.
- Ordenes para cobertura de la vacuna antitetánica 1ra y 2da dosis
- Ordenes para cobertura de vacunas en el primer mes de vida. Incluye las ordenes para prescripción de vacunas BCG y anti-hepatitis B (primera dosis).

CHEQUERA #2 - CONTROL DEL NIÑO/NIÑA, vinculada con la siguiente cobertura al 100%:

- Recetarios de Leche para inicio o seguimiento (**), por 3 kg (o su equivalente de 21 litros) cada uno, válido hasta el año de edad, cuyo canje por Fórmulas lácteas destinadas a la alimentación del niño/niña, puede realizarse tanto por Fórmulas de Inicio (antiguas maternizadas) como por Fórmulas de Seguimiento.
- Recetarios para prescripción de Medicamentos (excluyendo Fórmulas lácteas) de acuerdo a las Normas específicas de CASA al respecto.
- Recetario para la prescripción de Vacunas, de acuerdo al Calendario de Vacunación oficial vigente con cobertura del 100%
- Neumococo conjugada (3 dosis)
- Pentavalente + Sabin oral o Séxtuple Acelular (3 dosis)
- Rotavirus (2 dosis)
- Triple viral o ANTIGRIPAL TRIVALENTE JUNIOR (1 dosis)
- Anti hepatitis A (1 dosis)
- Antigripal meningococo (2 dosis)

Modelo recetario PMI (Medicamentos)

CASA SISTEMA ASISTENCIAL		19-06-2018			
RECETARIO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE PRESCRIPCIÓN	
Excluye prescripción de leche - Cobertura 100%					
GALVAN STURIALE MATHEO ALEJANDRO		716008 / 10		22-05-2018	
APELLIDO Y NOMBRES DEL NIÑO/NIÑA		NÚMERO DE AFILIADO/A		FECHA DE NACIMIENTO	
Rp.	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	VALOR		
1°					
2°					
TOTAL:					
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FARMACIA		FIRMA AFILIADO O TERCERO	

PLAN MATERNO INFANTIL, CHEQUERA #1 CONTROL DEL EMBARAZO

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

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 %).

Las vacunas antineumocócicas tendrán cobertura del 100 % y deberán validarse en el plan Común y en el Plan Bayres del 100%, esta cobertura es para los afiliados de 60 años o más.
El resto de los afiliados tendrán cobertura según el plan.
NO requieren autorización previa (en ambos casos).

LA VACUNA ANTIGRIPIAL SE CUBRIRÁ EN LOS MESES ABRIL, MAYO y JUNIO SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE CADA CAMPAÑA.

(*) La Campaña de Vacunación 2021 registrará desde el día 01/04/2021 al 30/06/2021.

- Los afiliados con más de 60 años y entre 1 y 2 años, tendrán una cobertura del 100%.

- Los Afiliados que posean situación terapéutica de riesgo entre los 3 y 59 años y la misma sea informada por la Obra Social, tendrán un tope de cobertura del 100%.

- Los Afiliados del Plan PMI vigente tendrán cobertura del 100% siempre y cuando la Vacuna este prescrita en la chequera.

- El resto de los afiliados tendrán la cobertura de su plan.

- Para todas las opciones, la orden médica de prescripción no tendrá vencimiento durante toda la campaña.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R.): autorización firmada por médico auditor de CASA con troqueles adheridos y comprobante de validación.

Modelo autorización de dispensa Programa Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R)

Formulario de autorización de dispensa Programa Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R). El formulario incluye el logo de CASA SISTEMA ASISTENCIAL y el título PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (P.S.S.R.). Hay campos para FECHA DE DESCARGA y FECHA DE VALIDEZ. Sección de datos del afiliado: APELLIDO Y NOMBRES DE LA AFILIADA y NÚMERO DE AFILIADA. Texto principal: "Por la presente, CASA informa que la afiliada se encuentra con P.S.S.R. activo. La orden médica expedida por el profesional [] para el medicamento [] se encuentra en nuestro poder. Se autoriza la expedición del medicamento con cobertura al 100%." Firma de Dr. Ricardo La Falce, Jefe de Departamento Prestaciones Médicas CASA. Pie de página: CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABIGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

- (3) **Fórmulas lácteas maternizadas y medicamentosas**, se podrán dispensar con un límite de tres (3) Kg. por receta, o su equivalente de veintidós (22) lts. de fórmula fluida, **en recetas especiales de leches** del Plan Materno Infantil (Control del Niño)

Las leches medicamentosas prescritas en recetas comunes con la leyenda PMI (serie y N° de chequera) tendrán cobertura de acuerdo al plan de revista hasta el año de vida del niño.

Para aquellas personas con desórdenes, trastornos o enfermedades gastrointestinales y enfermedades metabólicas de cualquier edad, se prevé cobertura al 100% de hasta 4 Kg. o su equivalente en litros por mes, con autorización expresa en la receta firmada por médico auditor de CASA.

Modelo receta Leches

Formulario de receta Leches. Encabezado: CASA SISTEMA ASISTENCIAL, RECETARIO LECHE PARA INICIO O SEGUIMIENTO, Hasta 3 Kg. / 21 litros (válido hasta el año de edad). Datos del paciente: GALVÁN STURIALE MATHEO ALEJANDRO, APELLIDO Y NOMBRES DEL NIÑO/NIA, DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO. Datos de la receta: FECHA DE EXPEDICIÓN (19-06-2018), FECHA DE PRESCRIPCIÓN, NÚMERO DE AFILIADO/A (716008 / 10), FECHA DE NACIMIENTO (22-05-2018), VALOR, COSTO UNITARIO. Firmas: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO, FARMACIA, FIRMA AFILIADO O TERCERO. Pie de página: PLAN MATERNO INFANTIL CHEQUERA #2 CONTROL DEL NIÑO/A, CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABIGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

IMPORTANTE:

- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI
- No se aceptan enmiendas sobre corrector.

DROGAS INCLUIDAS EN 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 WILLEBRAND
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. Dysport)
ONABOTULINUMTOXINA (Ej. Botox)
TERIPARATIDA (Ej. Forteo)
AMINOACIDOS + CARBOHIDRATOS + ASOC. (Ej. NEOCATE)
ACIDO ZOLEDRONICO (Ej. Zometa)
LEVOSIMENDAN (Ej. Simdax)