

NORMAS DE ATENCION

MARZO 2023

OBRA SOCIAL: CASA

Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires

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

Campaña de Vacunación Antigripal 2023 (*)

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.

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 ANTIGRI PAL 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 2023 regirá desde el día 01/04/2023 al 30/06/2023.

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

2. Los Afiliados del Plan PMI vigente tendrán cobertura del 100%.

Los afiliados pertenecientes al grupo 1 (de 1 a 2 años y mayores a 60) no deberán presentar prescripción médica para el acceso a la vacuna, únicamente deberán presentar la credencial y DNI para que las farmacias verifiquen la cobertura.

- 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%. En estos casos, presentarán orden médica de prescripción.

- Los Afiliados del Plan PMI vigente tendrán cobertura del 100%. Podrán presentar la orden médica en la chequera del Plan Materno.

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

- En los casos en que sea necesaria, 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)

CASA SISTEMA ASISTENCIAL
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (P.S.S.R.)

FECHA DE DISPENSA: FECHA DE VALIDEZ:

APELLIDO Y NOMBRE DE LA AFILIADA: NÚMERO DE AFILIADA:

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%.

Dr. Ricardo La Falce
Jefe de Departamento
Producciones Médicas CASA

CASA DE PREVENCIÓN SOCIAL PARA AFILIADOS 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** prescriptas 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

CASA SISTEMA ASISTENCIAL
RECETA LECHE PARA LACTO O SEGUIMIENTO
Hasta 3 Kg. / 22 lts (válida hasta el año de edad)

FECHA DE DISPENSACIÓN: 19-06-2018 FECHA DE PRESCRIPCIÓN:

GALVAN STURIALE MATHEO ALEJANDRO
APELLIDO Y NOMBRE DEL NIÑO:

NÚMERO DE AFILIADO: 716008 / 10 FECHA DE NACIMIENTO: 22-05-2018

DESIGNACIÓN DEL PRODUCTO: VALOR: COSTO UNITARIO:

FIRMA Y SELLADO DEL MÉDICO: FIRMA ADHERIDA O TERCERA:

PLAN MATERNAL INFANTIL (CONTROL DEL NIÑO) CASA DE PREVENCIÓN SOCIAL PARA AFILIADOS 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)