

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	
<u>PLAN CASA BAS / PLAN INTEGRAL / PLAN H / MED NOVEL</u>	40%	60%	TAMAÑOS POR RECETA: uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.
<u>JUBILADOS-PENSIONADOS</u>			
<u>CASA BAYRES 1001</u>			
<u>CASA BAYRES 2001</u>			
<u>CASA BAYRES 3001</u>			
<u>CASA BAYRES NOVEL</u>			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.
<u>CASA PLUS /CASA BAYRES 4001</u>	50%	50%	
Plan Materno Infantil	100%	---	
Programa Joven	30%	70%	
Programa Joven Bayres	30%	70%	
Otros	100% (1)	---	
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 Nº 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			
RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta que se encuentren incluidos en el Manual Farmacéutico, excepto:			
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos/Anovulatorios • Productos Dermatológicos sin troquel • Anorexígenos/adalgazantes • 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 – 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 ANTIGRI PAL 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)
- ANTIGRI PAL TRIVALENTE JUNIOR (2 dosis)
- SABIN ORAL (para atención en vacunatorios públicos o privados que cuenten con dosis unitarias y orales)

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 ANTIGRI PAL 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 (NO DE PLAN MATERNO INFANTIL) NO TIENEN COBERTURA DE CASA.

- 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)