

**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

<b>DESCUENTO:</b>	<b>O.S.</b>	<b>Afiliado</b>	
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%	
<b>Autorizados</b>	<b>30% 40% 50% 100% (1)</b>	<b>---</b>	
<b>TIPO DE RECETARIO:</b>			
Oficial: SI (Solo PMI) (2)			
Otros: (2)			
<b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 30 días			
<b>TROQUELADO:</b> SI (Completo con código de barra)			
<b>FECHA DE EXPENDIO:</b> SI			
<b>ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:</b>			
Sello: SI                      Manuscrito: NO (solo si es ilegible el sello)			
<b>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:</b>			
Letras: SI                      Números: SI			
<b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>			
Por el Médico: SI			
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI			
<b>DEL RESUMEN:</b>			
Planilla: Carátula Única			
Cantidad: Una			
Presentación: Quincenal.			
<b>FACTURAR POR SEPARADO Plan común de Bayres.</b>			
<b>Validación Obligatoria</b>			
<b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Para toda la Provincia de Buenos Aires			
<b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> 2 (dos) de distinto principio activo			
<b>MEDICAMENTOS POR RENGLÓN :</b> 1 (Uno)			
Antibióticos iny. y todo medicamento cuya presentación sea en <b>inyectable</b> : envase indiv.:5      multidosis: 1			
			<b>TAMAÑOS POR RECETA:</b> uno <b>grande o mediano</b> por receta si se encuentra prescripto como tal.
			<b>TRATAMIENTO PROLONGADO:</b> Las recetas con esta leyenda indicada por el médico en lugar visible y que correspondan a las familias de <b>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.</b> 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.
			<b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b>
			Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta que se encuentren incluidos en el <b>Manual Farmacéutico, excepto:</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexígenos/adelgazantes/Trat. Obesidad</li> <li>• Fórmulas Magistrales</li> <li>• Antitabáquicos</li> <li>• Edulcorantes</li> <li>• Medicamentos dados de Baja</li> <li>• Venta Libre</li> <li>• Productos sin troquel</li> </ul>
			<b>Citostáticos/Oncológicos y medicamentos para HIV/SIDA:</b> con el <b>100% de descuento.</b> Requerirán obligatoriamente de la AUTORIZACION de la Auditoría Médica de CASA.
			<b>ANTICONCEPTIVOS/ANOVULATORIOS</b>
			Cobertura del 100% en todos los planes, excepto: DEPO-PROVERA 150 (Medroxiprogesterona) y IMPLANON NXT(etonogestrel) que podrán ser cubiertos unicamente en los planes PLUS y Bayres 4001.
			<b>FÓRMULAS LÁCTEAS:</b>
			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.**
- (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 oficiales de CASA con las leyendas impresas:

- "PMI" – Control del embarazo - Medicamentos
- "PMI" - Control del embarazo – recetario VACUNA dTPa (triple bacteriana acelular).
- "PMI" – Control de embarazo – recetario VACUNA ANTIGRI PAL TRIVALENTE.
- "PMI" – Control de embarazo – recetario VACUNA BCG (para el recién nacido)
- "PMI" – Control de embarazo – recetario VACUNA ANTIHEPATITIS B (para el recién nacido)
- "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.

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)
- PENTA VALENTE+SABIN ORAL O SEXTUPLE ACELULAR (3 dosis)
- ANTIHEPATITIS A (1 dosis)
- ANTIGRI PAL TRIVALENTE JUNIOR (2 dosis)
- 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 ANTIGRI PAL SE CUBRIRÁ EN LOS MESES ABRIL, MAYO y JUNIO SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE CADA CAMPAÑA.

(3) **Fórmulas lácteas maternizadas y medicamentosas**, se podrán dispensar con un límite de tres (3) Kg. por receta, o su equivalente de veintiún (21) lts. de fórmula fluida, **en recetarios especiales de leches** del Plan Materno Infantil (Control del Niño)

**Las leches medicamentosas** prescriptas en recetarios 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.

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 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. Dysport)  
ONABOTULINUMTOXINA (Ej. Botox)  
TERIPARATIDA (Ej. Forteo)

**AMINOACIDOS + CARBOHIDRATOS + ASOC. (Ej. NEOCATE)**

ACIDO ZOLEDRONICO (Ej. Zometa)  
LEVOSIMENDAN (Ej. Simdax)