

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 | | | |
|---|----------|-----------------------|--------|
| RECETA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS | | | |
| Fecha de emisión: 29/03/2018 | | | |
| NOMBRE DEL AFILIADO | | FECHA DE EMISIÓN | |
| NÚMERO DE AFILIADO | | FECHA DE VENCIMIENTO | |
| Nº | CANTIDAD | CONCENTRACION | UNIDAD |
| 1º | | | |
| 2º | | | |
| TOTAL: | | | |
| FIRMADO POR: | | FIRMA DEL PROFESIONAL | |
| NOMBRE: | | NOMBRE Y APELLIDO: | |

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 ANTIGRIPIAL SE CUBRIRÁ EN LOS MESES ABRIL, MAYO y JUNIO SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE CADA 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
Prestaciones Médicas CASA

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS 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 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.

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 recetario Leches

CASA SISTEMA ASISTENCIAL
RECETARIO DE LECHES PARA PLAN MATERNO INFANTIL
MÁXIMO 4 Kg. o su equivalente de fórmula fluida

PAQUETE DISPENSADO:

FECHA DE DISPENSA: FECHA DE VALIDEZ:

NÚMERO DE AFILIADO: NÚMERO DE RECETA:

NOMBRE DEL MEDICO PRESCRIBTOR: FIRMA: DÓNDE FIRMAR:

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS 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 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)