Normas de atención

CASA
SISTEMA ASISTENCIAL

CASA

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA 11 5912-4316

DESCUENTOS		
	OBRA SOCIAL	**AFILIADO**
PLAN CASA BAS / PLAN INTEGRAL / PLAN H / MED NOVEL ORIGEN / ORIGEN+ JUBILADOS-PENSIONADOS CASA BAYRES 1001 CASA BAYRES 2001 CASA BAYRES 3001 CASA BAYRES NOVEL	40 %	60 %
CASA PLUS /CASA BAYRES 4001	50 %	50 %
Plan Materno Infantil	100 %	--
Programa Joven	30 %	70 %
Programa Joven Bayres	30 %	70 %
Autorizados	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.	
Campaña de Vacunación Antigripal regirá desde el día 01/04/2025 al 30/06/2025		

RECETARIO	
TIPO	• Oficial • Propio del profesional, federaciones medicas, de propaganda medica , de clinicas o sanatorios, digitales.
VALIDEZ	30 (treinta) días desde de la fecha de prescripción.

Debe contar con los siguientes datos:

- Apellido y nombre del afiliado.
- Numero de afiliado.
- Diagnostico.
- Troquelado con codigo de barra.
- Fecha de prescripción.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

Se aceptarán las prescripciones detalladas a continuación:

- En original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.
- En formato digital/computadora, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar en original.

Recetas prescriptas en formato digital, las que deberán someterse a la normativa vigente (Decreto Nacional 345/2024 y Resolución 1198/2023 de la Provincia de Buenos Aires) y contener obligatoriamente el "código de barras, QR o Código de Traza" que garantice su unicidad, donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia. Se adjunta Modelo.

LÍMITES DE CANTIDADES	
POR RECETA	2 (dos) de distinto principio activo
POR RENGLÓN	1 (Uno)
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	1 (uno)

LÍMITES DE TAMAÑOS

Uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal. En caso de única presentación será considerado chico.

TRATAMIENTO PROLONGADOS

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	3 (tres)
MEDICAMENTOSAS	3 (tres)
ENTERAS	NO

MODELO DE RECETA ELECTRÓNICA O DIGITAL

CODIGO DE BARRA /QR / CODIGO NUMERICO

Nombre y Apellido Profesional
Profesión / Especialidad
Matrícula
Domicilio

Paciente: (Nombre Apellido) — OOSS/Plan Medico:
Fecha Nacimiento — Sexo
DNI:

RP:

Medicamento (nombre genérico o denominación común internacional, presentación, forma farmacéutica y cantidad unidades):

Sugerencia de Marca comercial (OPCIONAL)

Diagnóstico

FECHA: FIRMA DIGITAL PROFESIONAL

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%:

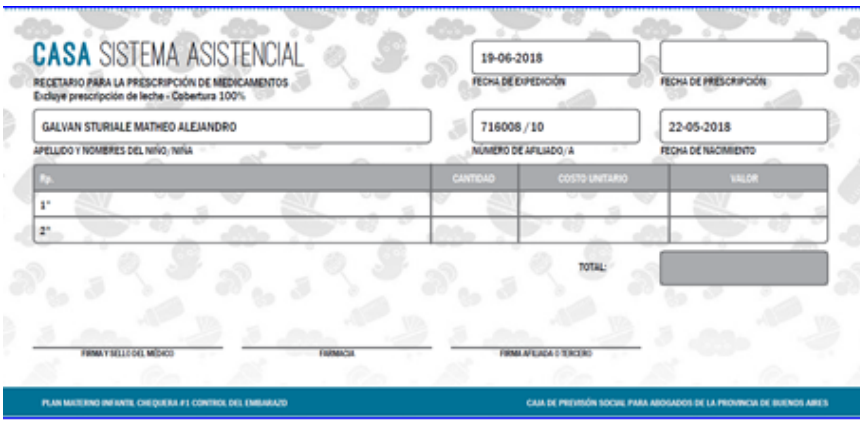
- Recetarios destinados a la prescripción libre de hasta 2 productos farmacéuticos específicos, en cada uno de ellos.
- Recetarios destinados a la prescripción del refuerzo de la vacuna triple bacteriana acelular (dTPa) y de 1 dosis de vacuna antigripal trivalente.
- Ordenes para cobertura de la vacuna 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).

PLAN MATERNO INFANTIL

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 con las Normas específicas de CASA al respecto.
- Recetario para la prescripción de Vacunas, de acuerdo con el 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

RECETARIO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS
Excluye prescripción de leche - Cobertura 100%

19-06-2018
FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

GALVAN STURIALE MATHEO ALEJANDRO
APELLIDO Y NOMBRES DEL NIÑO, NIÑA

716008 / 10
NUMERO DE AFILIADO / A

22-05-2018
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

VACUNAS

EL RESTO DE LAS VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION O PRESCRIPTAS EN RECETARIOS COMUNES TIENEN COBERTURA DE CASA DE ACUERDO CON EL 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%, está 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 ANTIGRIPAL SE CUBRIRÁ EN LOS MESES ABRIL, MAYO y JUNIO SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE CADA CAMPAÑA.

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 punto 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 para que las farmacias realicen la validación on line de su condición.

- 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.)
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

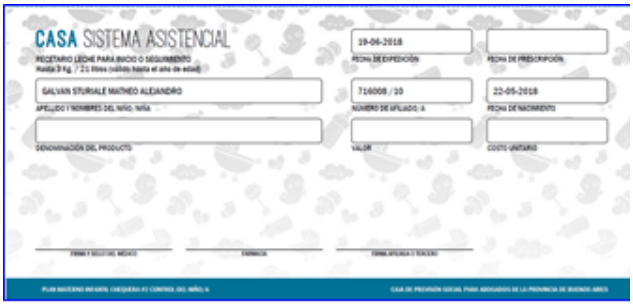
FORMULAS LACTEAS MATERNIZADAS Y MEDICAMENTOSAS

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).

LECHES MEDICAMENTOSAS

Prescriptas en recetarios comunes con la leyenda PMI (serie y Nº de chequera) tendrán cobertura de acuerdo con el 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



- **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

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)