



## CASA

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

Cód. O.S. 9000

**NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2026**

### COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

**VALIDACION OBLIGATORIA**

### DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

| DESCUENTO:                                         | O.S.                 | Afiliado  |
|----------------------------------------------------|----------------------|-----------|
| PLAN CASA BAS / PLAN INTEGRAL / PLAN H / MED NOVEL | 40% / 100%           | 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) | ---       |

**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: 2

**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 con porcentajes del 40% o 100%, según respuesta del sistema de validación, todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta que se encuentren incluidos en el **Manual Farmacéutico, excepto:**

- Anorexígenos/adelgazantes/ 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.

#### **(IVE) Interrupción Voluntaria del Embarazo – Droga Misoprostol:**

Cobertura del 100%, para todas las afiliadas con capacidad de gestar, **Sin requerir autorización.**

#### **FÓRMULAS LÁCTEAS:**

**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.

---

## **TIPOS Y DETALLES DE RECETARIOS ACEPTADOS**

**Recetario Oficial:** Solo para PMI.

**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 en original.

**Recetas prescriptas en formato digital/computadora**, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar en original.

#### **Recetas Electrónicas:**

Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (emitidas por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de Salud) las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta y/o QR. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.

Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).

**Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.**

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.
- Órdenes para cobertura de la vacuna antitetánica 1ra y 2da dosis
- Órdenes 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)

**Ver Modelo recetario PMI (Medicamentos) al pie de la norma.**

**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).

**Programa de Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R.):** autorización firmada por médico auditor de CASA con troqueles adheridos y comprobante de validación.

**Ver Modelo autorización de dispensa Programa Salud Sexual y Reproductiva (P.S.S.R) al pie de la norma.**

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

---

## VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

60 días

---

## DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

**Reconocimiento del Afiliado: Se valida con N° afiliado**

(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.

**La autorización es con firma y sello de Auditor Médico o Jefe de Departamento CASA, según detalle:**

- Para recetas ológrafas: siempre se deberá adjuntar la autorización a la receta.
- Para recetas electrónicas: la firma y sello del autorizante podrán estar incluidas en formato digitalizado en la misma receta que presente el afiliado.

### **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.

**Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación**

---



## MODELOS DE RECETARIOS OFICIALES

### Modelo receta 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

716008 / 10  
NÚMERO DE AFILIADO/A

22-05-2018  
FECHA DE NACIMIENTO

GALVAN STURIALE MATHEO ALEJANDRO  
APELLIDO Y NOMBRES DEL NIÑO/NINA

| 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 ABIGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

### 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 DESCARGA FECHA DE VALIDEZ

APELLIDO Y NOMBRES DE LA AFILIADA NÚMERO DE AFILIADA

Por la presente, CASA informa que la afiliada se encuentra con P.S.R.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  
Investigaciones Médicas CASA

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABIGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

### Modelo receta Leches

**CASA SISTEMA ASISTENCIAL**  
RECETARIO LECHE PARA INICIO O SEGUIMIENTO  
Hasta 3 Kg. / 21 litros (válido hasta el año de edad)

19-06-2018  
FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

716008 / 10  
NÚMERO DE AFILIADO/A

22-05-2018  
FECHA DE NACIMIENTO

GALVAN STURIALE MATHEO ALEJANDRO  
APELLIDO Y NOMBRES DEL NIÑO/NINA

DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO VALOR COSTO UNITARIO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO FARMACIA FIRMA AFILIADO O TERCERO

PLAN MATERNO INFANTIL, CHEQUERA #2 CONTROL DEL NIÑO/A CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABIGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## INCLUSIONES

### 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

#### \* VARIOS

SOMATOTROFINA

VERTEPORFIN

FACTOR VIII

FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND

OTROS FACTORES O ASOCIACIÓN DE FACTORES

**\* INMUNOSUPRESORES/INMUNOMODULADORES**

MICOFENOLATO

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

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)

NOMEGESTROL

TERIPARATIDA (Ej. Forteo)

AMINOACIDOS + CARBOHIDRATOS + ASOC. (Ej. NEOCATE)

ACIDO ZOLEDRONICO (Ej. Zometa)

LEVOSIMENDAN (Ej. Simdax)

---

## RESUMEN

**Presentación:** Quincenal.

**FACTURAR POR SEPARADO Plan común de Bayres.**

---

## CUIT

30-53270805-9

---

**CTRL F:** para buscar palabra clave

WEB: [WWW.COLFARMA.ORG.AR](http://WWW.COLFARMA.ORG.AR) /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:  
mail: [ayudaonline@colfarma.org.ar](mailto:ayudaonline@colfarma.org.ar) / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648