

Modalidad Operativa Específica de Farmacia



# Programa Materno Infantil

REV. 4 - MARZO 2024



R.N.E.M.P. N° 3-1014-9  
C.U.I.T.: 30-68695518-0

 **JERÁRQUICOS**  
Salud

## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| <b>PLAN MATERNO INFANTIL</b> .....                                       | 3  |
| <b>Plan de Cobertura Madre</b> .....                                     | 3  |
| Carnet de cobertura Madre .....  | 4  |
| Voucher de cremas .....  | 5  |
| <b>Plan de Cobertura Niño</b> .....                                      | 6  |
| Carnet de Cobertura Niño .....   | 7  |
| Recetario obligatorio de cremas para el cuidado de la piel del bebé..... | 8  |
| Vacunas .....  | 17 |
| Cumplimiento de la normativa .....                                       | 17 |
| <b>Anexo 1: Listado de Medicamentos Plan de Cobertura Madre</b> .....    | 18 |
| <b>Anexo 2: Listado de Medicamentos Plan de Cobertura Niño</b> .....     | 19 |

La presente Modalidad Operativa Específica para Prestadores es de cumplimiento obligatorio, anexa a la Modalidad Operativa General para Prestadores.

Acreditación del Socio: solicitar credencial vigente con Documento de Identidad. En los casos en los cuales el Socio posea la credencial en trámite, deberá presentar DNI y certificado provisorio.

### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

El Programa Materno Infantil tiene como objetivo promover la salud integral de la mujer embarazada y del niño menor de tres años. A través del mismo, la Mutual garantiza el 100% de la cobertura para la atención integral del embarazo, parto y puerperio, y del bebé hasta que cumple los 3 años de vida.

#### Plan de Cobertura Madre

Los medicamentos considerados de uso frecuente en el embarazo, parto y puerperio e inherentes a los mismos no requieren autorización para acceder a la cobertura del programa (100%).

En el Anexo 1 (pág. 18) podrás consultar el listado completo de drogas.


Para acceder a los mismos, la Socia deberá presentar a su farmacéutico:

- ▶ Carnet de Cobertura del Programa Materno Infantil o Credencial Virtual - Plan de Cobertura
- ▶ Receta médica
- ▶ Credencial JS (física o virtual)
- ▶ D.N.I

**IMPORTANTE:** Para los medicamentos no contemplados dentro del listado en el Anexo I (pág. 18), la cobertura será la prevista en el Servicio de Salud (40% de cobertura para PMI y 60% de cobertura PMI 2000 y PMI 3000).

## Carnet de Cobertura Madre

Este carnet permitirá identificar a nuestra Socia como parte del Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Madre vigente. En el caso de las Socias que presenten credencial virtual, la farmacia deberá visualizar la condición de programa en dicha credencial.


|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROGRAMA MATERNO INFANTIL</b><br>Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7<br>Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9 |
| <b>PLAN DE COBERTURA MADRE</b><br>Carnet de Cobertura                             |  |
| Apellido y Nombre: _____  |  |
| DNI: _____  | N° de Socia: _____   |
| Vigencia de cobertura: Desde: _____ Hasta: _____                                  |  |

REV.2 - MAYO 2022



## Voucher de cremas

Este voucher es válido para el tratamiento de la piel durante el embarazo. Para acceder a este beneficio, la Socia debe presentarse por única vez en la farmacia con el voucher de cremas completo por el médico tratante.



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**  
Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
 Mutual Jerárquicos. AMPIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

---

**PLAN DE COBERTURA MADRE**  
Voucher de Crema

DATOS DE LA MAMÁ

Apellido y Nombres:
D.N.I.:
N° de Socia:

VIGENCIA DE LA COBERTURA

Desde:
Hasta:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

Con el presente voucher podrás acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión para el cuidado de la piel. Este voucher puede ser prescripto por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas dejando aclarado que en caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de su liquidación. La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Deberá presentar en la Farmacia: Credencial JS (virtual o física), DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.

Seleccioná sólo una de las opciones con una X.

1 ENVASE DE EMULSIÓN x 400 ml ó 500 ml + 1 ENVASE DE EMULSIÓN x 200 ml ó 250 ml (\*)

3 ENVASES DE EMULSIÓN x 200 ó 250 ml (\*)

(\*) Podrás optar por las siguientes marcas de emulsión, de acuerdo a las prestaciones disponibles en farmacia, sin superar los 750 ml.: Dermaglos - Bagovit AE - Factor AE.

/ /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE
LOCALIDAD Y FECHA
Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

---

Sr. **Farmacéutico:** para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes.

Troquel

Troquel

Troquel

/ /

CONFORME ASOCIADA
ACLARACIÓN Y D.N.I
FECHA DE ENTREGA

---

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 8 - JUNIO 2023

### PLAN DE COBERTURA NIÑO

Los medicamentos considerados de uso frecuente en los tres primeros años de vida del niño no requieren autorización para acceder a la cobertura del programa (100%).

Consultá el listado completo de drogas en el Anexo 2 (pág. 19).

Para acceder a los mismos, el Socio deberá presentar a su farmacéutico:

- ▶ Carnet de Cobertura del Programa Materno Infantil o Credencial Virtual - Plan de Cobertura Niño
- ▶ Receta médica
- ▶ Credencial JS (física o virtual)
- ▶ D.N.I

**Importante:** Para los medicamentos no contemplados dentro del listado en el Anexo II (pág. 19), la cobertura será la prevista en el Servicio de Salud (40% de cobertura para PMI y 60% de cobertura PMI 2000 y PMI 3000). Si por algún motivo particular el médico pediatra prescribe otra medicación, el Socio deberá solicitar autorización y presentar la misma a la farmacia para acceder a la medicación.

## Carnet de Cobertura Niño

Este carnet permitirá identificar al Socio como parte del Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Niño vigente. En el caso de los Socios que presenten credencial virtual, la farmacia deberá visualizar la condición de programa en dicha credencial.

|                                     |   |                    |
|-------------------------------------|---|--------------------|
|                                     | <b>PROGRAMA MATERNO INFANTIL</b><br>Obra Social Jerárquicos. OSTAMPJIBON / R.N.O.S 0-0320-7<br>Mutual Jerárquicos. AMPJIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9 |                    |
|                                     | <b>PLAN DE COBERTURA NIÑO</b><br>Carnet de Cobertura  |                    |
| Apellido y Nombre: _____            |   |                    |
| DNI: _____                          |   | N° de Socio: _____ |
| Vigencia de cobertura: Desde: _____ |   | Hasta: _____       |

REV.6 - ABRIL 2022



### **Recetario obligatorio de cremas para el cuidado de la piel del bebé**

Para facilitar el acceso de las cremas dentro del primer año de vida del niño, cada Socio dispondrá de ocho recetarios para utilizar de acuerdo a los meses del bebé y la acción terapéutica que corresponda, es decir, dos recetarios por trimestre (ver imágenes adjuntas).

Los recetarios tienen la validez de una autorización. La dispensa se realizará presentando el recetario obligatorio, la credencial JS, el carnet del Programa Materno Infantil y DNI.

Es importante remarcar que, en caso de superar el consumo, el mismo será imputado en la Cuenta Corriente del Socio, no siendo el farmacéutico responsable del control de consumo del Socio.

Tener en cuenta: Una vez cumplido el año de vida, las cremas no presentan cobertura del 100%.

**IMPORTANTE:** Hasta que no se concluya el trámite de adhesión del recién nacido, todos los medicamentos requerirán autorización de nuestra Administración.





**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMJBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**0 A 3 MESES**

Recetario: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós pomada, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** la provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL BEBÉ**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI y la Credencial JS (virtual o física).

**HIPOGLÓS POMADA:** 2 envases x 100 g

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

\_\_\_\_\_  
Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario con el o los troques correspondientes.

Troquel

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 7 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**0 A 3 MESES**

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Deralbine crema (1 envase x 40 g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL BEBÉ**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI y la Credencial JS (física o virtual).

**DERALBINE CREMA:** 1 envase x 40 g

Diagnóstico:

.....

\_\_\_\_\_ / /  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

\_\_\_\_\_ / /  
CONFORME ASOCIADO

ACLARACIÓN Y D.N.I

FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**3 A 6 MESES**

Recetario: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós (2 envases x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (virtual o física) y Carnet del Plan de Cobertura Niño menor a un año.

**HIPOGLÓS:** 2 envases x 100 g

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con los troqueles correspondientes.

Troquel

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**3 A 6 MESES**

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** Marcá con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

**MACRIL:** 1 envase x 20 g     **DERALBINE CREMA:** 1 envase x 40 g     **FACTOR AE CREMA:** 1 envase x 100 g

Diagnóstico:

.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**6 A 9 MESES**

Recetario: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós (2 envases x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (virtual o física) y Carnet del Plan de Cobertura Niño menor a un año.

**HIPOGLÓS:** 2 envases x 100 g

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con los troqueles correspondientes.

Troquel

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTAMPJON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPJON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**6 A 9 MESES**

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** Marcá con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

**MACRIL:** 1 envase x 20 g       **DERALBINE CREMA:** 1 envase x 40 g       **FACTOR AE CREMA:** 1 envase x 100 g

Diagnóstico:

.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTAMPJIBON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPJIBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**9 A 12 MESES**

Recetario: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós (1 envase x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Información para el pediatra:** La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (virtual o física) y Carnet del Plan de Cobertura Niño menor a un año.

**HIPOGLÓS:** 1 envase x 100 g

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

\_\_\_\_\_  
Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

\_\_\_\_\_  
Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



**PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Obra Social Jerárquicos. OSTAMPJ BON / R.N.O.S 0-0320-7  
Mutual Jerárquicos. AMPJ BON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

**PLAN DE COBERTURA NIÑO**

**9 A 12 MESES**

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

**Estimado Pediatra:** Marcá con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

**DATOS DEL NIÑO**

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

**COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA**

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

**MACRIL:** 1 envase x 20 g       **DERALBINE CREMA:** 1 envase x 40 g       **FACTOR AE CREMA:** 1 envase x 100 g

Diagnóstico:

.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

**Sr. Farmacéutico:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

\_\_\_\_\_  
CONFORME ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y D.N.I

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA

Av. Fdo. Zuviria 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / (0342) 4504800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 6 - ABRIL 2022



## **Vacunas**

### Del Calendario

Para las vacunas del calendario vigente, la mamá deberá concurrir con su bebé a los hospitales o centros de salud públicos más cercanos. Es importante que la aplicación de dichas vacunas se realice en estas instituciones para contribuir a la vigilancia epidemiológica de las patologías cubiertas y asegurar las condiciones de bioseguridad.

### Fuera de Calendario

Las vacunas fuera de calendario que tienen reconocimiento son: Vacuna Sextuple, Vacuna Meningococcica Mticomponente del grupo B (nombre comercial Bexsero). No requieren autorización previa y cuentan con la cobertura del Plan de Salud del Socio, presentando receta para su dispensa. Ninguna otra vacuna contará con cobertura.

## **Cumplimiento de la normativa**

El cumplimiento de la presente normativa, en cuanto al control de la documentación que debe presentar el Socio para el acceso a la cobertura del 100 % de la medicación sin previa autorización, y la verificación de que el medicamento prescripto forme parte del listado enviado, **es su responsabilidad**, garantizando con esto la correcta liquidación de la facturación, evitando la generación de posibles débitos.

## Anexo 1

### Listado de Drogas que No Requieren Autorización Previa Plan de Cobertura Madre

| Drogas  | Forma farmacéutica/<br>Vía de Administración | Condición/<br>Observaciones                    |
|---|--|--|
| Sulfato de hierro /<br>Hierro polimaltosato /<br>Ácido fólico | Oral o intramuscular.                        | Solos o asociados /<br>Hasta 1 envase por mes. |
| Polivitamínicos o<br>Polivitamínicos y Poliminerales.         | Oral.  | Hasta 1 envase por mes.                        |
| Isoxuprina.   | En todas sus formas farmacéuticas            | -  |
| Progesterona o<br>Hidroxiprogesterona.                        | En todas sus formas<br>farmacéuticas.        | -  |
| Metoclopramida.   | En todas sus formas farmacéuticas            | -  |
| Doxilamina succinato + asoc.                                  | Oral.  | -  |
| Betametasona o<br>Dexametasona 8 mg.                          | Intramuscular.                               | Para maduración pulmonar                       |
| Hidróxido de aluminio /<br>Hidróxido de magnesio/ Asoc.       | Oral.  | Solos o asociados.                             |
| Lactulosa   | Oral.  | -  |
| Plantago Ovata +<br>Cassia Angustifolia                       | Oral.  | -  |
| Cefalexina  | En todas sus formas farmacéuticas            | -  |
| Metildopa<br>Labetalol  | Oral.  | -  |
| Metronidazol<br>Miconazol Isoconazol                          | Óvulos, tabletas vaginales<br>o cremas.      | -  |
| Inmunoglobulina Anti-RHO                                      | Intramuscular.                               | -  |
| 600 ml de la emulsión para<br>el cuidado de la piel           | Emulsión                                     | (*) Ver Voucher                                |

## Anexo 2

### Listado Completo de Drogas con Cobertura al 100% Plan de Cobertura Niño

| Acción terapéutica                           | Drogas  | Forma farmacéutica/<br>Vía de Administración   |
|--|---|--|
| <b>Antibióticos</b>                          | Saccharomyces boulardii.                        | Sobres   |
|  | Bacillus clausii.                               | Suspensión bebible.                            |
|  | Amoxicilina.                                    | Jarabe /Suspensión oral - Polvo para uso oral. |
|  | Amoxicilina + asoc.<br>(ac. Clavul / sulbactam) |  |
|  | Claritromicina.                                 |  |
|  | Azitromicina.                                   |  |
|  | Cefalexina.                                     |  |
|  | Metronidazol.                                   |  |
|  | Mebendazol.                                     |  |
|  | Nitazoxanida.                                   |  |
|  | Nistatina.                                      |  |
|  | Trimetoprima/ Sulfametoxazol.                   |  |
|  | <b>Antibióticos de uso tópico</b>               | Ac Fusídico.                                   |
| Ac Fusídico + Betametasona.                  |   |  |
| Ketoconazol+ Hidrocortisona +<br>gentamicida |   |  |
| Mupirocina.                                  |   |  |
| Mupirocina + Hidrocortisona.                 |   |  |
| Rifamicina.                                  |   | Solución o loción de uso externo / Spray       |

## Anexo 2

### Listado Completo de Drogas con Cobertura al 100% Plan de Cobertura Niño

| Acción terapéutica  | Drogas                       | Forma farmacéutica/<br>Vía de Administración  |
|---|------------------------------|---|
| <b>Antibióticos de uso oftálmico<br/>(solo o asociado)</b>                  | Tobramicina.                 | Colirios y geles oftalmológicos.  |
|   | Ciprofloxacina.              |   |
|   | Eritromicina.                |   |
|   | Tobramicina/ dexametasona    |   |
|   | Ciprofloxacina/ dexametasona |   |
| <b>Antipiréticos /analgésicos<br/>(Solos o asociados entre sí)</b>          | Dipirona.                    | Jarabe / Suspensión Oral / o Gotas orales.  |
|   | Dipirona + Paracetamol.      |   |
|   | Paracetamol.                 |   |
|   | Ibuprofeno.                  |   |
| <b>Corticoides</b>  | Betametasona.                | Gotas orales, Jarabe/<br>Suspensión oral.   |
|   | Metilprednisona.             |   |
| <b>Broncodilatadores<br/>antiasmáticos<br/>(Solos o asociados entre sí)</b> | Salbutamol.                  | Sprays/Aerosoles/Solución<br>para nebulizar:<br>Solos /con aplicador /<br>con aerocámara. |
|   | Bromuro de Ipratropio.       |   |
|   | Beclometasona.               |   |
|   | Fluticasona.                 |   |
|   | Budesonide.                  |   |
| <b>Antiflatulentos<br/>(Solos o asociados)</b>                              | Simeticona.                  | Gotas/Jarabe.   |
|   | Simeticona + Domperidona.    |   |
|   | Homatropina.                 |   |
|   | Homatropina + Simeticona.    |   |

## Anexo 2

### Listado Completo de Drogas con Cobertura al 100% Plan de Cobertura Niño

| Acción terapéutica                                  | Drogas                                     | Forma farmacéutica/<br>Vía de Administración    |
|---|--|---|
| <b>Antieméticos</b>                                 | Metoclopramida.                            | Gotas Pediátricos y Ampollas                    |
|   | Domperidona.                               | Gotas orales.                                   |
| <b>Laxantes</b>                                     | Lactulosa.                                 | Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral. |
| <b>Rehidratante oral</b>                            | Sales de rehidratación oral.               | Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral. |
| <b>Humidificante/<br/>fluidificante vías aéreas</b> | Cloruro de Na.                             | Sprays / Aerosol.                               |
| <b>Antianémico</b>                                  | Hierro (Polimaltosato, Sulfato, Succinato) | Gotas/Jarabe.                                   |
|   | Acido fólico.                              |   |
|   | Vitaminas A+C+D.                           |   |
|   | Vitaminas A+C+D + FLÚOR.                   |   |
| <b>Antihistamínicos</b>                             | Difenhidramina.                            | Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral. |
| <b>Antitusivo/mucolítico</b>                        | Hedera helix.                              | Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral. |
|   | Acetilcisteína                             |   |

