

## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

## <u>Índice</u>

## 1. PLAN DE COBERTURA MADRE

- 1.1- Carnet de cobertura: Plan de cobertura Madre.
- 1.2- Listado de medicamentos: Plan de cobertura Madre.
- 1.3- Voucher de cremas para el cuidado de la piel de la mamá.

## 2. PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR DE UN AÑO

- 2.1- Carnet de cobertura Niño Menor de un Año.
- 2.2- Listado de medicamentos: Plan de cobertura Niño Menor a un Año.
- 2.3- Recetario de cremas para el cuidado de la piel del bebé.
- 2.4 Vacunas.



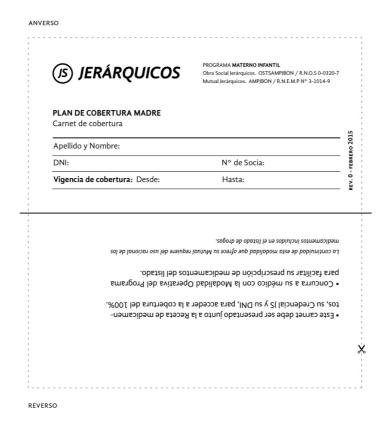
#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### 1.1 - Carnet de cobertura Madre

Este Carnet permitirá identificar a nuestra Socia como parte del **Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Madre** vigente ante nuestros Prestadores.

Para acceder a la cobertura del 100% en los Medicamentos del listado (ver listado: pág. 4), este Carnet deberá presentarse junto a la Receta Médica, Credencial de Jerárquicos y DNI.



## **JS JERÁRQUICOS**

## **NORMATIVA DE TRABAJO**

#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### 1.2 Listado de Medicamentos: Plan de cobertura Madre.

En este apartado podrá consultar el listado de drogas consideradas de uso frecuente en el embarazo, parto y puerperio e inherentes a los mismos, por ello NO requieren autorización para acceder a la cobertura del programa (100%).

Para obtener este beneficio, la Socia sólo tendrá que presentar a su farmacéutico:

- Carnet de Cobertura del Programa Materno Infantil -Plan de Cobertura Madre.
- Receta médica.
- Credencial de Jerárquicos
- D.N.I.

#### **IMPORTANTE**

Para el resto de los medicamentos, la cobertura será la prevista en el Servicio de Salud (40% de cobertura para PMI y 60% de cobertura PMI 2000 y PMI 3000).

## Estimado/a Farmacéutico/a:

El cumplimiento de la presente normativa, en cuanto al control de la documentación que debe presentar la Socia 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 su facturación, evitando la generación de posibles débitos.

El abuso del consumo o la incorrecta utilización de vouchers son responsabilidad de la Socia, por lo que en caso de generarse será a cargo del afiliado.



## PROGRAMA MATERNO INFANTIL Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

## LISTADO DE DROGAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA **PLAN DE COBERTURA MADRE** Forma farmacéutica/Vía de Condición/Observaciones **Drogas** Administración Sulfato de hierro / Hierro polimaltosato Oral ó intramuscular. Solos ó asociados / Hasta 1 /Ácido fólico. envase por mes. Polivitamínicos ó Polivitamínicos y Oral. Hasta 1 envase por mes. Poliminerales. En todas sus formas farmacéuticas. Para maduración pulmonar. Isoxuprina. En todas sus formas farmacéuticas. Progesterona ó Hidroxiprogesterona. Propinox. Oral. Metoclopramida. En todas sus formas farmacéuticas. Doxilamina + Vitamina B6 Oral. Betametasona ó Dexametasona 8 mg. Intramuscular. Hidróxido de Aluminio / Hidróxido de Oral. Solos ó asociados. Magnesio/Asoc. Lactulosa Oral. Plantago Ovata + Cassia Angustifolia Oral.



# PROGRAMA MATERNO INFANTIL Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

Cefalexina	En todas sus formas farmacéuticas.	
Metildopa	Oral.	
Metronidazol Miconazol Isoconazol	Óvulos, tabletas vaginales ó cremas.	
Inmunoglobulina Anti-RHO	Intramuscular.	
600 ml de la emulsión Dermaglós.	En todas sus formas farmacéuticas.	(*)

<sup>(\*)</sup> Para acceder a la misma, la Socia deberá presentarse en la Farmacia con el Voucher de cremas (ver pág. 6). Válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo.



## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

## 1.3 Voucher de cremas

Este **Voucher** es válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo. Para acceder a la/s crema/s la Socia deberá presentarse en la farmacia con el Voucher de cremas (ver imagen adjunta).

DATOS DE LA MAMÁ  Apellido y Nombres: D.N.I.: Nº de Socia:  VIGENCIA DE LA COBERTURA  Desde: Hasta:  COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA  Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  7 J PIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y PECHA  CONTORME ASOCIADA ACLARACIÓN Y D.N.I. FECHA DE ENTREGA  Sociencios para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin	ß JERÁRQUIC	COS	PROGRAMA MATERNO INFANTIL Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPJBON / R.N.O.S. 0-0320-7 Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9
Apellido y Nombres:  D.N.I.: N° de Socia:  VIGENCIA DE LA COBERTURA  Desde: Hasta:  COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA  Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA  CONFORME ASOCIADA ACLARACIÓN y D.N.I. FECHA DE ENTREGA  Sr. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	PLAN DE COBERTURA MADRE Voucher de Crema		
Desde: Hasta:  COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA  Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. Este voucher puede ser prescripto por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas dejando aclarado que 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  CONFORME ASOCIADA  ACLARACIÓN y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA  SF. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	DATOS DE LA MAMÁ		
Completar Al Momento de la Dispensa  Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. Este voucher puede ser prescripto por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas dejando aclarado que na 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE  LOCALIDAD Y FECHA  CONFORME ASOCIADA  ACLARACIÓN Y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA  64. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	Apellido y Nombres:	D.N.I.:	N° de Socia:
Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  4 COALIDAD Y FECHA  CONFORME ASOCIADA  ACLARACIÓN Y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA  56. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	VIGENCIA DE LA COBERTURA		
Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X    1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)   3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)   1 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)   1 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)   2	Desde:	Hasta:	
Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. 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, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.  Seleccionar sólo una de las opciones con una X  1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)  V/ /  FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE  LOCALIDAD Y FECHA  CONFORME ASOCIADA  ACLARACIÓN Y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA  SF. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DIS	PENSA	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE  LOCALIDAD Y FECHA  //  CONFORME ASOCIADA  ACLARACIÓN Y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA   Sr. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.			
Sr. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	_	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)	sLÓS (emulsión x 200 ml)
ACLARACIÓN Y D.N.I.  FECHA DE ENTREGA  Sr. Farmacéutico: para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> e	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)	sLÓS (emulsión x 200 ml)
<b>Sr. Farmacéutico:</b> para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troqueles correspondientes, sin prescripción médica.	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> e	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)	sLÓS (emulsión x 200 ml)
prescripción médica.	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> e	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)	
prescripción médica.	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> é	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)  / / LOCALIDAD Y FECHA	//
prescripción médica.	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> é	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)  / / LOCALIDAD Y FECHA	//
Troquel Troquel Troquel	3 ENVASES DE <b>DERMAGLÓS (</b> é	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE <b>DERMAG</b> emulsión x 200 ml)  / / LOCALIDAD Y FECHA	//
	3 ENVASES DE DERMAGLÓS (e	mulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAG emulsión x 200 ml)  / / LOCALIDAD Y FECHA  ACLARACIÓN Y D.N.I.	/ / FECHA DE ENTREGA



#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

## 2- PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

#### 2.1 - Carnet de Cobertura Niño Menor a un Año

Este carnet permitirá identificar al Socio como parte del **Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Niño Menor a un Año** vigente, ante nuestros Prestadores. Para acceder a la cobertura del 100% en los medicamentos del listado (ver listado: pág. 9).

Este Carnet (ver imagen adjunta) deberá ser presentado junto a la Receta Médica, Credencial de Jerárquicos y DNI.



## **JS JERÁRQUICOS**

## **NORMATIVA DE TRABAJO**

#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

## 2.2 – Listado de Medicamentos – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

En este apartado se podrá consultar el listado de drogas consideradas de uso frecuente en niños menores de un año. Las mismas NO requerirán autorización para acceder a la cobertura del programa (100%).

Para obtener este beneficio, el Socio sólo tendrá que presentar a su farmacéutico:

- Carnet de Cobertura del Programa Materno Infantil -Plan de Cobertura Niño menor de un año.
- Receta médica.
- Credencial de Jerárquicos.
- D.N.I.

#### IMPORTANTE:

- Si por algún motivo particular, el médico considera necesario prescribir otra medicación, el Socio deberá solicitar autorización y presentar la misma a la farmacia para acceder a la medicación.
- Quedan excluidas todas aquellas formulaciones cuya condición de dispensa sea "Venta Libre". Se tomará como referencia el Manual Farmacéutico correspondiente al mes de la venta.

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 su facturación, evitando la generación de posibles débitos.



## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

LISTADO COMPLETO DE DROGAS CON COBERTURA AL 100% PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO		
Acción terapéutica	Drogas	Forma farmacéutica/Vía de Administración
Antidiarreicos/reguladores de la flora intestinal.	Crema de Bismuto.	Suspensión.
	Saccharomyces boulardii.	Sobres y cápsulas.
	Bacillus clausii.	Suspensión bebible.
Antibióticos	Amoxicilina.	Jarabe /Suspensión oral - Polvo para uso oral.
	Amoxicilina + asoc. (ac. Clavul / sulbactam)	
	Claritromicina.	
	Azitromicina.	
	Cefalexina.	
	Metronidazol.	
	Mebendazol.	
	Nitazoxanida.	
	Nistatina.	
	Ketoconazol.	
	Trimetoprima/ Sulfametoxazol.	
Antibióticos de uso tópico	Ac Fusídico.	Presentación en crema/ungüento.
	Ac Fusídico + Betametasona.	
	Ac Fusídico + Hidrocortisona.	
	Mupirocina.	
	Mupirocina + Hidrocortisona.	
	Rifamicina.	Solución o loción de uso externo / Spray.



## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

Tobramicina.	Colirios y geles oftalmológicos.
Ciprofloxacina.	
Eritromicina.	
Dipirona.	Jarabe / Suspensión Oral / Polvo para uso Oral o Gotas orales.
Dipirona + Paracetamol.	uso Oral o Gotas orales.
Paracetamol.	
Paracetamol + Ibuprofeno.	
Ibuprofeno.	
Betametasona.	Gotas orales, Jarabe/ Suspensión oral.
Metilprednisona.	
Budesonide.	
Salbutamol.	Sprays/Aerosoles/Solución para nebulizar:
Bromuro de Ipratropio.	Solos /con aplicador /con aerocámara.
Beclometasona.	
Fenoterol.	
Fluticasona.	
Fluticasona + Salmeterol.	
Simeticona.	Gotas/Jarabe.
Simeticona + Domperidona.	
Homatropina.	
Homatropina + Simeticona.	
Metoclopramida.	Gotas Pediátricos, Ampollas y Jeringas prellenadas.
Domperidona.	Gotas orales.
	Eritromicina.  Dipirona.  Dipirona + Paracetamol.  Paracetamol.  Paracetamol + Ibuprofeno.  Ibuprofeno.  Betametasona.  Metilprednisona.  Budesonide.  Salbutamol.  Bromuro de Ipratropio.  Beclometasona.  Fenoterol.  Fluticasona.  Fluticasona + Salmeterol.  Simeticona.  Simeticona + Domperidona.  Homatropina + Simeticona.  Metoclopramida.



# PROGRAMA MATERNO INFANTIL Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

Laxantes	Lactulosa.	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral.
Rehidratante oral	Sales de rehidratación oral.	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral.
Antiulceroso/antiácido	Ranitidina.	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral.
Humidificante/fluidificante vías aéreas	Cloruro de Na.	Sprays / Aerosol.
Antianémico	Hierro (Polimaltosato, Sulfato, Succinato)	Gotas/Jarabe.
	Acido fólico.	
	Vitaminas A+C+D.	
	Vitaminas A+C+D + FLÚOR.	
Antihistamínicos	Difenhidramina.  Jarabe / Suspensión oral / Polv uso oral.	
Antitusivo/mucolítico	Hedera helix.	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral.

#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

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

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

La dispensa se realizará presentando el Recetario obligatorio correspondiente, la Credencial de Jerárquicos, el Carnet del Programa Materno Infantil y DNI.

Número	Tiempo	Acción Terapéutica
1	0-3 meses	Cuidado preventivo de la piel (crema con vitamina A – Zinc y asociados)
2		Tratamiento de dermatitis específicas (crema con antimicóticos o antibióticos o corticoides)
3	3-6 meses	Cuidado preventivo de la piel (crema con vitamina A – Zinc y asociados)
4		Tratamiento de dermatitis específicas (crema con antimicóticos o antibióticos o corticoides)
5	6-9 meses	Cuidado preventivo de la piel (crema con vitamina A – Zinc y asociados)
6		Tratamiento de dermatitis específicas (crema con antimicóticos o antibióticos o corticoides)
7	9-12 meses	Cuidado preventivo de la piel (crema con vitamina A – Zinc y asociados)
8		Tratamiento de dermatitis específicas (crema con antimicóticos o antibióticos o corticoides)

#### **IMPORTANTE**

Hasta que no se concluya el trámite de adhesión del recién nacido para obtener el carnet de cobertura del Programa Materno Infantil-Plan de cobertura Niño Menor a un Año, se deberá requerir la correspondiente autorización de nuestra Administración.

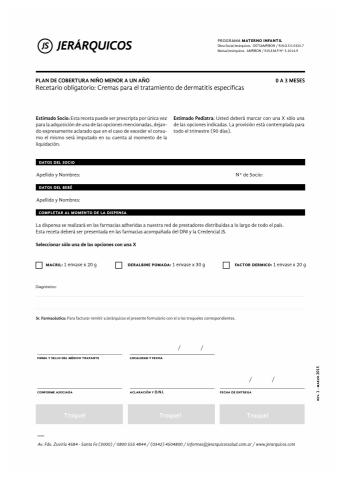


## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### Recetarios 0-3 meses





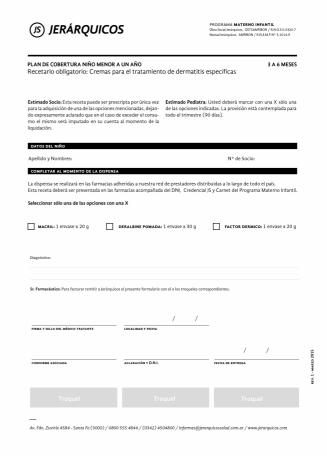


## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### Recetarios 3-6 meses



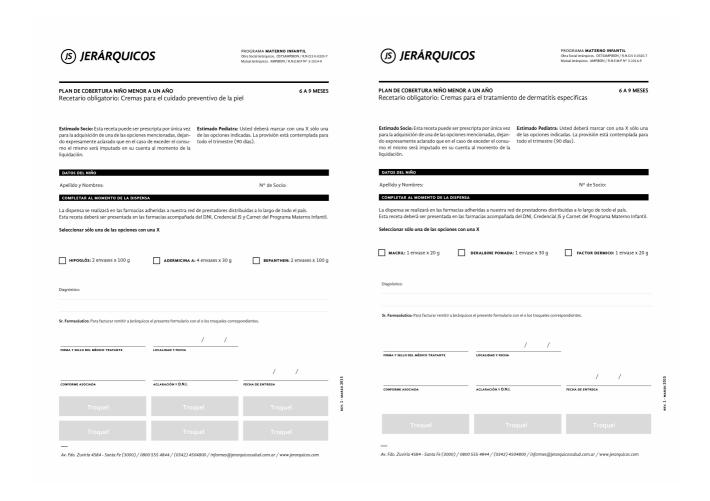




## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### Recetarios 6-9 meses

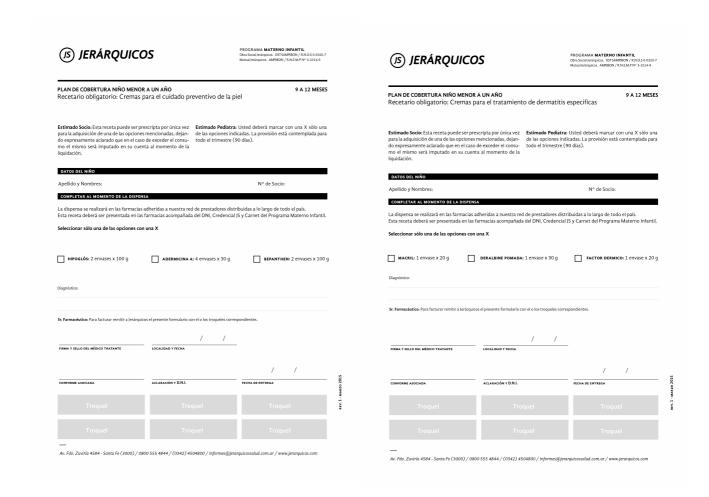




## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre - Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### Recetarios 9-12 meses





## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

## Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año

#### 2.4. 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 estas 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

No requieren autorización previa y presenta la cobertura de su Plan de Salud como medicamento prescripto (Planes de Cobertura PMI al 40% y Planes de Cobertura PMI 2000 y 3000 al 60%).