

PROGRAMA MATERNO INFANTIL**Plan de cobertura Madre – Plan de cobertura Niño Menor a un Año****Índice****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.

ANVERSO



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 MADRE
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

N° de Socia: _____

Vigencia de cobertura: Desde: _____

Hasta: _____

REV. 0 - FEBRERO 2015

Este carnet debe ser presentado junto a la Receta de medicamen-
tos, su Credencial JS y su DNI, para acceder a la cobertura del 100%.
• Concurra a su médico con la Modalidad Operativa del Programa
para facilitar su prescripción de medicamentos del listado.
La continuidad de esta modalidad que ofrece su Mutual requiere del uso racional de los
medicamentos incluidos en el listado de drogas.



REVERSO

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		
Drogas	Forma farmacéutica/Vía de Administración	Condición/Observaciones
Sulfato de hierro / Hierro polimaltosato /Ácido fólico.	Oral ó intramuscular.	Solos ó asociados / Hasta 1 envase por mes.
Polivitamínicos ó Polivitamínicos y Poliminerales.	Oral.	Hasta 1 envase por mes.
Isoxuprina.	En todas sus formas farmacéuticas.	Para maduración pulmonar.
Progesterona ó Hidroxiprogesterona.	En todas sus formas farmacéuticas.	
Propinox.	Oral.	
Metoclopramida.	En todas sus formas farmacéuticas.	
Doxilamina + Vitamina B6	Oral.	
Betametasona ó Dexametasona 8 mg.	Intramuscular.	
Hidróxido de Aluminio / Hidróxido de Magnesio/Asoc.	Oral.	Solos ó asociados.
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.	(*)

(*) 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).



PROGRAMA **MATERNO INFANTIL**
 Obra Social Jerárquicos: OSTSAMP/BON / R.N.O.S 0-0320-7
 Mutual Jerárquicos: AMP/BON / 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

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.

Troquel Troquel Troquel

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


REV. 1 - MARZO 2015

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.

ANVERSO



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 MENOR DE UN AÑO
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre:	
DNI:	N° de Socio:
Vigencia de cobertura: Desde:	Hasta:

REV. 0 - FEBRERO 2015

La continuidad de esta modalidad que ofrece su Mutual requiere del uso racional de los medicamentos incluidos en el listado de drogas.

- Este carnet debe ser presentado junto a la Receta de medicamentos, su Credencial JS y su DNI, para acceder a la cobertura del 100%.
- Concurra a su médico con la Modalidad Operativa del Programa para facilitar su prescripción de medicamentos del listado.

X

REVERSO

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

Antibióticos de uso oftálmico (solo o asociado)	Tobramicina.	Colirios y geles oftalmológicos.
	Ciprofloxacina.	
	Eritromicina.	
Antipiréticos /analgésicos (Solos o asociados entre sí)	Dipirona.	Jarabe / Suspensión Oral / Polvo para uso Oral o Gotas orales.
	Dipirona + Paracetamol.	
	Paracetamol.	
	Paracetamol + Ibuprofeno.	
	Ibuprofeno.	
Corticoides	Betametasona.	Gotas orales, Jarabe/ Suspensión oral.
	Metilprednisona.	
	Budesonide.	
Broncodilatadores antiasmáticos (Solos o asociados entre sí)	Salbutamol.	Sprays/Aerosoles/Solución para nebulizar: Solos /con aplicador /con aerocámara.
	Bromuro de Ipratropio.	
	Beclometasona.	
	Fenoterol.	
	Fluticasona.	
	Fluticasona + Salmeterol.	
Antiflatulentos (Solos o asociados)	Simeticona.	Gotas/Jarabe.
	Simeticona + Domperidona.	
	Homatropina.	
	Homatropina + Simeticona.	
Antieméticos	Metoclopramida.	Gotas Pediátricos, Ampollas y Jeringas prellenadas.
	Domperidona.	Gotas orales.

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 / Polvo para 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
Obra Social Jerárquicos: OSTSAMPBON / RN.0.5.0.4920-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / RN.EMP Nº 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **0 A 3 MESES**
Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

DATOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombres: _____

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.
Seleccionar sólo una de las opciones con una X

- HIPOGLÓS:** 3 envases x 100 g **ADERMICINA A:** 6 envases x 30 g **BEPANTHEN:** 3 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

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

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA

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

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

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

REV. 1 - MARZO 2015



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos: OSTSAMPBON / RN.0.5.0.4920-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / RN.EMP Nº 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **0 A 3 MESES**
Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

DATOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombres: _____

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.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

- MACRIL:** 1 envase x 20 g **DERALBINE POMADA:** 1 envase x 30 g **FACTOR DERMICO:** 1 envase x 20 g

Diagnóstico: _____

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

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA

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

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

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

REV. 1 - MARZO 2015

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

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

Recetarios 3-6 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos - OSTSAMPBON / R.N.O.S. 0-0320-7
Mutual Jerárquicos - AMPBON / R.N.E.M.P. N° 3.1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 3 A 6 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

- HIPOGLÓS: 3 envases x 100 g ADERMICINA A: 6 envases x 30 g BEPANTHEN: 3 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE _____ LOCALIDAD Y FECHA _____ / /

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

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

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

REV. 1 - MARZO 2015



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos - OSTSAMPBON / R.N.O.S. 0-0320-7
Mutual Jerárquicos - AMPBON / R.N.E.M.P. N° 3.1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 3 A 6 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

- MACRIL: 1 envase x 20 g DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 g FACTOR DERMICO: 1 envase x 20 g

Diagnóstico: _____

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE _____ LOCALIDAD Y FECHA _____ / /

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

Troquel	Troquel	Troquel
---------	---------	---------

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

REV. 1 - MARZO 2015

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

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

Recetarios 6-9 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obras Sociales Jerárquicos, OSTSAMBRON / R.N.O.S. 9.0320.7
Mutual Jerárquicos, AMPBON / R.N.E.M.P. Nº 3-1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 6 A 9 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.

Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

HIPOGLÓS: 2 envases x 100 g ADERMICINA A: 4 envases x 30 g BEPANTHEN: 2 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

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

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA

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

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

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



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obras Sociales Jerárquicos, OSTSAMBRON / R.N.O.S. 9.0320.7
Mutual Jerárquicos, AMPBON / R.N.E.M.P. Nº 3-1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 6 A 9 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.

Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

MACRIL: 1 envase x 20 g DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 g FACTOR DERMICO: 1 envase x 20 g

Diagnóstico: _____

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

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA

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

Troquel	Troquel	Troquel
---------	---------	---------

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

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

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

Recetarios 9-12 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos, OSTSAMPBON / R.N.O.S. 0.0320-7
Mutual Jerárquicos, AMPBON / R.N.E.M.F. Nº 3.1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 9 A 12 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

HIPOGLÓS: 2 envases x 100 g ADEMICINA A: 4 envases x 30 g BEFANTHEN: 2 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE _____ LOCALIDAD Y FECHA _____ / /

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

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



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos, OSTSAMPBON / R.N.O.S. 0.0320-7
Mutual Jerárquicos, AMPBON / R.N.E.M.F. Nº 3.1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO 9 A 12 MESES
Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: 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 al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

MACRIL: 1 envase x 20 g DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 g FACTOR DERMICO: 1 envase x 20 g

Diagnóstico: _____

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE _____ LOCALIDAD Y FECHA _____ / /

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

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

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%).