

Índice

1. PLAN DE COBERTURA MADRE

- 1.1- Carnet de cobertura Madre. Modalidad operativa.
- 1.2- 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. Modalidad operativa.
- 2.2- Recetario obligatorio de cremas para el cuidado preventivo de la piel del bebé.
- 2.3- Vacunas.

3- Cumplimiento de la Normativa.

4- ANEXO 1 – Listado de Medicamentos Plan de Cobertura Madre.

5- ANEXO 2 – Listado de Medicamentos Plan de Cobertura Niño.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

El Programa Materno Infantil tiene como objetivo promover la salud integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año.

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 el primer año de vida.

1. 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) podrá 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 -Plan de Cobertura Madre
- ✓ Receta médica
- ✓ Credencial JS
- ✓ 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).

1.1. Carnet de cobertura Madre

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

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 MADRE
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

N° de Socia: _____

Vigencia de cobertura: Desde: _____

Hasta: _____

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

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



REVERSO

1.2. Voucher de cremas para el cuidado de la piel de la mamá.

Este **voucher** es válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo. **No requiere Prescripción Médica.** Para acceder a la misma, la Socia deberá presentarse en la farmacia con el voucher de cremas (ver imagen adjunta), el cual deberá estar completado por médico tratante.

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

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

REV. 2 - ABRIL 2015

2. PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR DE UN AÑO

Los medicamentos considerados de uso frecuente en el primer año de vida del niño No requieren autorización para acceder a la cobertura del programa (100%).

Consulte el listado completo de drogas en el **Anexo 2** (pág. 20).

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

- ✓ Carnet de Cobertura del Programa Materno Infantil -Plan de Cobertura Niño Menor a un Año.
- ✓ Receta médica
- ✓ Credencial JS
- ✓ D.N.I

IMPORTANTE:

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.

2.1. Carnet de Cobertura Niño menor de un año

Este carnet permitirá identificar al Socio como parte del **Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Niño menor de un año** vigente.

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 NIÑO MENOR DE UN AÑO
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ N° de Socio: _____

Vigencia de cobertura: Desde: _____ Hasta: _____

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

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



REVERSO

2.2 Recetario obligatorio de cremas para el cuidado preventivo 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 (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 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.

| 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) |
| 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, todos los medicamentos requerirán autorización de nuestra Administración.

Recetarios 0-3 meses

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 Deralbine pomada (1 envase x 30 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.

Estimado Pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombres:

Nº 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.

DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 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. 3 - JUNIO 2016

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 Hipoglós pomada y/o Hipoglós polvo, 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: Usted deberá marcar con una X la/s opción/opciones indicada/s. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombres:

Nº 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.

Seleccionar la/s opción/opciones con una X

HIPOGLÓS POMADA: 2 envases x 100 g

HIPOGLÓS CICATRIZANTE POLVO: 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 o los troques correspondientes.

Troquel

Troquel

Troquel

CONFORME ASOCIADO

ACLARACIÓN Y D.N.I

_____/_____/_____
FECHA DE ENTREGA

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

REV. 3 - JUNIO 2016

Recetarios 3-6 meses

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

REV. 3 - JULIO 2016

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 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.

Estimado 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

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

REV.3 - JULIO 2016

Recetarios 6-9 meses

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

REV. 3 - JUNIO 2016

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 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.

Estimado 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

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 troques correspondientes.

Troquel

Troquel

CONFORME ASOCIADO

ACLARACIÓN Y D.N.I

_____/_____/_____
FECHA DE ENTREGA

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

REV.3 - JULIO 2016

Recetarios 9-12 meses

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

REV. 3 - JULIO 2016

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

9 A 12 MESES

Estimado Socio: 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.

Estimado 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 y Carnet del Programa Materno Infantil.

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

REV.3 - JULIO 2016

2.3 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%).

NOTA: ver excepciones y documentación a presentar por el Socio establecida en la Norma de Facturación de Farmacia puntos 5.3 y 5.4.-

3. CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA

El cumplimiento de la presente normativa, en cuanto al control de la documentación que debe presentar el/la Socio/a 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.

ANEXO 1

| 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 succinato + asoc. | 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. | |

LISTADO DE DROGAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA
PLAN DE COBERTURA MADRE

| Drogas | Forma farmacéutica/Vía de Administración | Condición/Observaciones |
|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 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. | (*) Ver punto 1.2 |

ANEXO 2

| 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. |

LISTADO COMPLETO DE DROGAS CON COBERTURA AL 100%
PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

| Acción terapéutica | Drogas | Forma farmacéutica/Vía de Administración |
|---|------------------------------|--|
| 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. | |
| 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. | |
| | Budesonide. | |
| Antiflatulentos (Solos o asociados) | Simeticona. | Gotas/Jarabe. |
| | Simeticona + Domperidona. | |
| | Homatropina. | |
| | Homatropina + Simeticona. | |
| Antieméticos | Metoclopramida. | Gotas Pediátricos, Ampollas y Jeringas prellenadas. |
| | Domperidona. | |
| Laxantes | Lactulosa. | Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral. |

LISTADO COMPLETO DE DROGAS CON COBERTURA AL 100%
PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

| Acción terapéutica | Drogas | Forma farmacéutica/Vía de Administración |
|---|--|---|
| 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. |