

PLAN DE COBERTURA MADRE

Modalidad Operativa

Estimada Socia: Para el acceso a las prácticas del **Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Madre** deberá utilizar su Credencial JS, los cupones y recetarios que actualmente posee, adicionando su Carnet del Plan de Cobertura Madre. Para su mayor beneficio, las prestaciones incluidas en el listado que se detalla a continuación No Requieren Autorización Previa.

- 1 Para la realización de estas prácticas, **NO deberá solicitar autorización** previa a nuestra Administración, **ni abonar coseguros**, salvo en los casos que supere el Tope previsto.
- 2 Haya alcanzado o no el tope previsto, al Prestador siempre deberá presentar: Credencial JS, Prescripción Médica que indique la prestación y Carnet de Cobertura del **Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre**.
- 3 En caso de que una práctica sea indicada nuevamente por el Profesional, superando así el tope previsto, deberá solicitar autorización previa a nuestra Administración remitiendo la Prescripción Médica junto al informe de la práctica ya realizada.
- 4 Si no solicita autorización previa y se realiza la práctica superando el tope previsto (no dando cumplimiento a la Modalidad establecida), el costo de la misma será imputado a su Cuenta Corriente en concepto de coseguro, no dando lugar a un reclamo posterior.
- 5 En el presente listado se incluyen sólo las prácticas que no requieren autorización para el **Programa Materno Infantil – Plan de Cobertura Madre**, sumándose al resto de las prácticas que no requieren autorización previa de su Servicio de Salud.

PRÁCTICAS MÉDICAS		
Código	Descripción	Tope
18.01.04	Ecografía ginecológica	4 x embarazo
18.05.01	Ecodoppler cardíaco fetal color	1 x embarazo
18.01.69	Estudio morfogenético fetal	1 x embarazo
22.02.02	Monitoreo fetal	1 x embarazo
22.02.03	Psicoprofilaxis del parto	1 x embarazo – P/Reintegro

PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS		
Código	Descripción	Tope
66.09.34	VDRL Cuantitativa	2 x embarazo
66.02.42	Chagas (HA)	1 x embarazo
66.08.70	Toxoplasmosis (HA)	2 x embarazo
66.00.63	Anticuerpos Anti-HIV (Elisa)	2 x embarazo
66.10.86	Antig. Sup. Hepatitis B	1 x embarazo
66.91.27	Detección de Streptococo Beta Hemolítico	1 x embarazo – en el tercer trimestre

NOTA: En caso de embarazos múltiples, las prácticas 18.05.01 y 18.01.69 se autorizan por número de bebé.

PLAN DE COBERTURA MADRE
 Modalidad Operativa

LISTADO DE PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

El presente listado de drogas es considerado de uso frecuente en el embarazo y son inherentes al mismo, por ello NO requerirán autorización para acceder a la cobertura del programa (100%). Es importante que usted concurra a su médico con el mismo. Para obtener este beneficio sólo tendrá que presentar a su farmacéutico: Carnet de Cobertura del **Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre**, Receta médica, Credencial JS y D.N.I. Para el resto de los medicamentos, la cobertura será la prevista en su Servicio de Salud (40% de cobertura para PMI y 60% de cobertura PMI 2000 y PMI 3000).

Drogas	Forma farmacéutica/Vía de Administración	Condición/Observaciones
Sulfato de hierro / Hierro polimaltosato /Acido 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	
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.	Emulsión	(*)

(*) Para acceder a la misma deberá presentarse en la farmacia con el Voucher de cremas. Válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo.

IMPORTANTE: 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. **RECUERDE QUE EL RECETARIO Y/O VOUCHER VENGE A LOS 15 DÍAS DE SU PRESCRIPCIÓN.**

NOTA: Aquellas Socias con Diabetes Gestacional deberán operar, según el Programa Diabetes Mellitus.