

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

Modalidad Operativa

Estimado Socio: Por aquellas prácticas requeridas para el tratamiento del niño menor al año de vida, Usted no deberá abonar Coseguros. Para acceder a las prácticas del Programa Materno Infantil – Plan de cobertura Niño menor a un año, sólo deberá utilizar su credencial JS, los cupones y los recetarios que actualmente posee. Desde nuestra página web: www.jerarquicos.com podrá acceder al Manual del Socio y consultar aquellas Prácticas que no requieren autorización.

LISTADO COMPLETO DE DROGAS CON COBERTURA AL 100%

El presente listado de drogas es considerado de uso frecuente en niños menores de un año. Es importante que concurra con él a su médico, los mismos no requieren autorización. Para acceder a la cobertura del programa (100%) 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 JS y D.N.I.

Si por algún motivo particular, su médico considera necesario prescribir otra medicación, deberá solicitar autorización.

Recuerde: los recetarios vencen a los 15 días de su prescripción.

Acción Terapéutica	Droga	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	

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO
 Modalidad Operativa

Acción Terapéutica	Droga	Forma farmacéutica/Vía de Administración
Antibióticos de uso tópico	Ac Fusídico	Presentación en crema/ungüento
	Ac Fusídico + Betametasona.	
	Ac Fusídico + Hidrocortisona	
	Mupirocina	
	Mupirocina + Hidrocortisona	
	Rifamicina	
Antibióticos de uso oftálmico (solo o asociado)	Tobramicina	Colirios y geles oftalmológicos
	Ciprofloxacina	
	Eritromicina	
Antipiréticos /analgésicos (solo o asociados entre sí)	Dipirona	Jarabe / Suspensión Oral / Polvo para uso Oral o Gotas orales
	Dipirona + Paracetamol	
	Paracetamol	
	Paracetamol + Ibuprofeno	
	Ibuprofeno	
Corticoides	Betametasona	Polvo para uso oral o gotas orales.
	Metilprednisona	
Broncodilatadores antiasmáticos (solo o asociados entre sí)	Salbutamol	Sprays/Aerosoles/Solución para nebulizar: solos/ con aplicador/ con aerocámara.
	Bromuro de Ipratropio	
	Beclometasona	
	Fenoterol	
	Fluticasona	
	Fluticasona + Salmeterol	
	Budesonide	

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

Modalidad Operativa

Acción Terapéutica	Droga	Forma farmacéutica/Vía de Administración
Antiflatulentos (solos o asociados)	Simeticona	Gotas/ Jarabe
	Simeticona + Domperidona	
	Homatropina	
	Homatropina + Simeticona	
Antieméticos	Metoclopramida	Gotas pediátricas, ampollas y jeringas prellenadas.
	Domperidona	Gotas orales
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 + FLUOR	
Antihistamínicos	Difenhidramina	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral
Antitusivo/mucolítico	Hedera helix	Jarabe / Suspensión oral / Polvo para uso oral

Estimado Pediatra: Sobre la indicación de Antitusivos y Mucolíticos y en relación a la no inclusión de otros en este listado, es importante remarcar: «la tos constituye un mecanismo defensivo que contribuye a la eliminación de secreciones y material extraño de las vías aéreas. La misma vinculada a infecciones respiratorias agudas virales es autolimitada y mejora con fluidos y humidificación. Las pautas de dosificación de estos fármacos se basan en extrapolación a adultos en cuanto a metabolismo y efectos adversos. No existen datos sobre sus efectos beneficiosos probados y potenciales riesgos en niños»¹.

¹ Fuente: 50 errores frecuentes en pediatría ambulatoria, PRONAP 2011 - Módulo 3- Capítulo 3.

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO

Modalidad Operativa

RECETARIO 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, usted dispondrá de 8 recetas para utilizarlo de acuerdo a los meses del bebé y la acción terapéutica que corresponda. Presente las recetas para su prescripción por única vez. La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores presentando Receta, Credencial JS, Carnet del Programa Materno Infantil y DNI. Es importante remarcar que en caso de superar el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente.

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 asociados)
8		Tratamiento de dermatitis específicas (crema con antimicóticos o antibióticos o corticoides)

Recuerde: los recetarios vencen a los 15 días de su prescripción.

VACUNAS

Del Calendario

Para las vacunas del calendario vigente usted deberá concurrir con su bebé a los hospitales o centros de salud público 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 posee la cobertura de su plan de salud como medicamento prescripto (planes de cobertura PMI al 40% y planes de cobertura 2000 y 3000 al 60%)