

ESTIMADOS PRESTADORES FARMACEUTICOS:

El Servicio de Salud Solidario informa que la **vacuna contra el neumococo PNEUMOVAX 23 (VPN)Y PREVENAR 13(VCN) posee cobertura al 50% CON AUTORIZACION PREVIA DE AUDITORIA MEDICA** del Servicio Médico de Caja de abogados de Cordoba. Las vacunas antes mencionadas serán retiradas de Vademécum a partir del día 15/04/2023.

**COBERTURA CON AUTORIZACION PREVIA DE LA RECETA confeccionada por un médico especialista (neumólogo).**

**DEBE PRESENTAR EN LAS FARMACIAS PRESTADORAS AL MOMENTO DE LA COMPRA:**

**RECETA ORIGINAL (con firma y sello original de medico neumólogo) junto a LA RECETA AUTORIZADA POR AUDITORIA MEDICA DE LA CAJA (se acepta copia de esta).**

La cobertura es para los siguientes casos según el Ministerio de Salud de la Nación:

**Para lactantes (PNEUMOVAX 23):**

PRIMERA DOSIS: 2 meses de vida.

SEGUNDA DOSIS: 4 meses de vida.

REFUERZO DE DOSIS: 12 meses

**Para mayores de 65 años y más:**

PRIMERA DOSIS: Vacuna conjugada 13 valente (PREVENAR 13)

SEGUNDA DOSIS: Vacuna valente 23 (PNEUMOVAX 23) con un intervalo de 12 meses luego de la primera vacuna (PREVENAR 13).

**Para personas de 5 a 64 años:**

**A- Pacientes CON inmunocompromiso** (inmunodeficiencia congénita o adquiridas, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin, enfermedades neoplásicas, inmunodepresión farmacológica, trasplante de órgano sólido, mieloma múltiple, asplenia funcional o anatómica, anemia de células falciformes, implante coclear, fist. LCR)

PRIMERA DOSIS: Vacuna conjugada 13 valente. (PREVENAR13)

SEGUNDA DOSIS: vacuna polisacárida 23 valente (PNEUMOVAX 23) a las 8 semanas.

PRIMER REFUERZO: vacuna polisacárida 23 valente (PNEUMOVAX 23) a los 5 años de la segunda dosis.

SEGUNDO REFUERZO: vacuna polisacárida 23 valente (PNEUMOVAX 23) a los 65 años (si el primer refuerzo fue administrado antes de los 60 años).

**B-Pacientes SIN inmunocompromiso CON enfermedades crónicas** (cardiopatía crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, alcoholismo, enfermedad hepática crónica, tabaquismo)

PRIMERA DOSIS: Vacuna conjugada 13 valente. (VCN 13)

SEGUNDA DOSIS: vacuna polisacárida 23 valente (VPN 23) al año de la primera dosis.

PRIMER REFUERZO: vacuna polisacárida 23 valente (VPN 23) a los 65 años (respetando intervalo mínimo de **5 años con dosis previa**).

ESTIMADOS PRESTADORES FARMACEUTICOS:

El Servicio de Salud Solidario informa que la **vacuna antigripal cuadrivalente ISTIVAC posee cobertura al 50%** en la **FARMACIA SUTIAGA** para afiliados de Cordoba Capital (sucursal DEAN FUNES 444).

**SIN COBERTURA EN OTRAS FARMACIAS DE CBA CAPITAL.**

Para afiliados del Interior de Cordoba podrán dirigirse a las farmacias bajo convenio con la Caja.

La cobertura es para los siguientes casos:

- **MAYORES DE 65 AÑOS Y MENORES DE 2 AÑOS (con receta, DNI y credencial)**
- **AFILIADOS EN GRUPO DE RIESGO (que presenten la autorización de auditoría de la Caja previo tramite en la Institución).**