



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

Buenos Aires, 14 de abril de 2023.

RESOLUCIÓN OS N° 17 /2023

EXPTE. BL 3326

VISTO

El Expediente BL N°3326 a través del cual se tramita cambios en la autorización de medidores de glucosa y sensores; del medicamento Lenalidomida, así como la aprobación de nuevas planillas de diabetes, oncología, planes especiales y excepción de cobertura de medicamentos; y

CONSIDERANDO

Que el sector de Mesa de Entradas eleva al Directorio una nota en la cual sugiere que los medidores de glucosa y sensores sean aprobados en la planilla para tratamiento de la diabetes, tal como ocurre con el resto de los medicamentos y descartables vinculados a la patología indicada.

Que asimismo sugiere que la provisión del medicamento LENALIDOMIDA sea autorizada en la planilla oncológica y/o en la receta, del mismo modo que ocurre con el resto de los fármacos oncológicos.

Que finalmente sugiere la necesidad de actualizar las planillas de cobertura de medicación, planes especiales, oncología y excepción de cobertura de medicamentos, de conformidad con la normativa vigente.

Que a fs. 35 la Subdirección Médica presta conformidad a los nuevos modelos de planilla adunados a fs. 30/33.

Que el art. 23 inciso 12 del estatuto de la Obra Social, aprobado por el Máximo Tribunal mediante la Acordada 01/2022 y modificado por la Acordada 28/2022 establece que entre las atribuciones del Directorio se encuentra la de *“Reglamentar la autorización de las prestaciones médico-asistenciales y otras, estableciendo niveles y/o identificando aquellas que por su complejidad o costo requerirán expresa autorización de la Subdirección Médica y/o Administrador General. A tal fin, se instrumentarán mecanismos ágiles y sencillos que aseguren una respuesta inmediata y completa al afiliado”*.

POR ELLO.

EL DIRECTORIO DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN,

RESUELVE:

Art. 1°: Disponer que a partir del dictado de la presente, los medidores de glucosa y sensores serán aprobados en la planilla para el tratamiento de la diabetes.

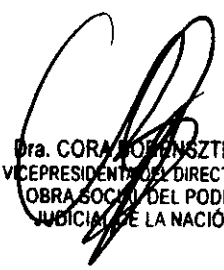
El primer pedido de medidor y sensores debe ser acompañado de informe médico y que, en caso de agregarse o suprimirse algún medicamento, deberá asentarse en la misma planilla.

Art. 2°: Establecer que a partir del dictado de la presente, el medicamento LENALIDOMIDA, recetado en el marco de un tratamiento oncológico, será autorizado en la planilla oncológica y/o en la receta.

Art. 3: Aprobar las nuevas PLANILLAS PARA: "TRATAMIENTO DE PACIENTE DIABÉTICO"; "PLANES ESPECIALES"; "PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA SIN CARGO" Y "FICHA DE EXCEPCIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS", las cuales se encuentran agregadas a la presente.

Art. 4°: Regístrese, notifíquese a todas las áreas de la Obra Social así como a todas las representaciones del país, póngase en conocimiento de los señores afiliados mediante su publicación en la página web de la Obra Social –www.ospjn.gov.ar–.

Art. 5°: Cumplido, archívese.



Dra. CORA POPENSZTEJN
VICEPRESIDENTE DEL DIRECTORIO
OBRA SOCIAL DEL PODER
JUDICIAL DE LA NACIÓN



Dr. MARIANO ALTHABE
PRESIDENTE DEL DIRECTORIO
OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN



Abg. Mala Volcovinsky
Directora
Obra Social del Poder Judicial de la Nación



Dr. Juan B. Rodríguez del Sel
Director
Obra Social del Poder Judicial de la Nación



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA SIN CARGO
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

NOMBRE/S y APELLIDO:

AFILIADO N°: / TELÉFONO: MAIL:

Edad: F M Sexo: Altura: Peso: Sup. Corporal:

Diag. OMS: Histopatología: De fecha:

Estadio Inicial: Altura Actual: Localizaciones 2rias:

Métodos de Estadificación:

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (drogas, dosis/m², días y frecuencia de repetición de ciclo):

.....
.....
.....

Cantidad de ciclos planeados:

Neoadyuvante Avanzado Adyuvante Ciclo n° Inicio de Protocolo

Continuación Cambio de esquema debido a proa Tox Otro:

DROGA (Nombre Genérico)	mg/U.I.	Liof./Soluc.	Comp/Cpas	Dosis diaria mg/m ²	Dosis Total (del ciclo)

Fecha de inicio del ciclo que se prescriba:/...../.....

N° de Prestador: Firma y Sello del Oncólogo/Oncohematólogo:

Lugar de Atención: Teléfono:

Autorizado por:

Firma y Sello Médico/a Auditor/a



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Órgano Superior del Poder Judicial de la Nación

Disposición OSSM N°:

AFILIADO N°: /

FICHA DE EXCEPCIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE/S y APELLIDO TITULAR:

NOMBRE/S y APELLIDO PACIENTE:

Conyugue Hijo Padres Suegros Nietos Otro:

MAIL: TELÉFONO:

Médico Tratante: N° de Prestador:

Diagnósticos:

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:

	<i>Completar por medico prescribiente</i>				<i>A completar por Medico/a Auditor/a</i>		
	Droga / Principio Activo	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Cantidad enyase mensuales	Importe mensual a valor de venta		
					100%	70%	30%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	TOTAL						

Tiempo estimado de tratamiento:

Fecha: / /

.....
Firma y Sello Médico Tratante

.....
Firma y Sello Médico/a Auditor/a

AUDITORIA MEDICA

Analizados los antecedentes médicos y demás constancias obrantes en el expediente esta Auditoria Médica sugiere la siguiente cobertura;

- Cobertura reglamentaria para todos los medicamentos prescritos.
- Otorgar cobertura superiores conforme se detalla para cada medicamento.

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lapso	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses

Observaciones:.....

Fecha: / /

.....
 Firma y Sello Médico/a Auditor/a

Disposición OSSM / Ciudad de Bs As de de

VISTO: La petición realizada por el afiliado, lo informado por Auditoria Médica, se dispone:

- RECHAZAR coberturas superiores de excepción.
- OTORGAR en carácter de EXCEPCIÓN las coberturas que se detallan para cada medicamento prescripto:

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lapso	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses

Observaciones:.....

Regístrese, notifíquese y cumplido archívese

.....
 Firma y Sello

Fecha: / /



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

PLANILLA PARA PLANES ESPECIALES
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

FECHA:/...../.....

NOMBRE/S y APELLIDO:

DOMICILIO:

AFILIADO N°: / TELÉFONO: MAIL:

INSTITUCIÓN DONDE ASISTE: TELÉFONO:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO (indicando nombre de la droga o denominación común internacional):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicar cantidad necesaria (o bolsas de ostomía)

N° de Prestador: Firma y Sello del Profesional:

Autorizado por:

Firma y Sello Médico/a Auditor/a



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

PLANILLA PARA TRATAMIENTO DE DIABETES
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

FECHA: / /

NOMBRE/S y APELLIDO:

AFILIADO N°: / TELÉFONO: MAIL:

DIAGNÓSTICO / RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

.....
.....
.....
.....

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

INSULINA				
Tipo de insulina	Nombre Comercial	Presentación	UI por día	Cobertura OS

HIPOGLUCEMIANTES ORALES			
Nombre Genérico	Presentación	Comprimidos / día	Cobertura OS

MATERIAL DESCARTABLE			
Producto	Nombre Comercial	Cantidad / día	Cobertura OS

N° de Prestador: Firma y Sello del Profesional:

Autorizado por:

Firma y Sello Médico/a Auditor/a

