



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social Poder del Judicial

Disposición OSSM N°

Afiliado N°

FICHA EXCEPCION COBERTURA MEDICAMENTOS

A - Titular

Apellido: _____ Nombres: _____

B - Paciente

Apellido: _____ Nombres: _____

Cónyuge Hijo Fam. Adherentes Padres Suegros Nietos Otro

F. Nac. _____ Doc Ident DNI LE LC CI Pas N°

Datos médicos

Médico tratante: _____ Prestador N°: _____

Diagnósticos: _____

Prescripción medicamentos

Completar por médico prescribiente						A completar por OSPJN			
Droga	Activo	Principio	Forma farmac.	Dosis Diaria	Envase x	Cantidad env. Mes	Importes mensuales a valor venta		
							100%	70%	30%
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Tiempo estimado de tratamiento						Totales			
FECHA									
Firma y sello Médico						Firma y sello Médico Auditor			

Motivos solicitud de mayor cobertura _____

Fecha _____ Firma afiliado titular

AUDITORIA MEDICA

Analizados los antecedentes médicos y demás constancias obrantes en el expediente esta auditoria sugiere la siguiente cobertura:

Cobertura Reglamentaria para todos los medicamentos prescritos.

Otorgar coberturas superiores conforme se detalla para cada medicamento prescripto en el anverso, conforme el detalle siguiente

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porc.	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lapso	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses

Observaciones _____

Fecha

 Firma y sello Médico Auditor

Disposición OSSM /

Ciudad Aut. Bs. As. ____ de _____ de 20____,-

VISTO:

La petición realizada por el afiliado , lo informado "ut supra" por la Auditoria Médica y de acuerdo a las atribuciones conferidas por la Acordada 5/2008 -Estatuto OSPJN- y Res. CSJN 447/2008 SE RESUELVE :

RECHAZAR coberturas superiores de excepción

OTORGAR con carácter de EXCEPCIÓN las coberturas superiores que se detallan para cada medicamento prescripto en el anverso,

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porc.	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lapso	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
JULIO	AGOSTO	SETIEMB	OCTUB	NOVIEM	DICIEM

Observaciones _____

Registrese, notifique y cumplido archive

 Firma

Notificación Afiliado Titular

En el día de la fecha me notifico de la Resolución recaída a la solicitud de EXCEPCION de cobertura superior en medicamentos.-----

Fecha

 Firma ,aclaración y DNI

Aclaración

DNI