



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social 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 envase 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 prescrito:

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: / /