23518778 **OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS**

C.A.B.A. .....
de 2017

Sr Afiliado de la OSPEP

Tenemos el agrado de dirigirnos a UD con la finalidad de informarle las normativas vigentes que le permitirán obtener la medicación y los insumos necesarios, para el tratamiento de la diabetes, según la resolución 1156 del 29 de julio de 2014.

Para ello se requiere:

1) Concurrir con certificado médico de Institución contratada por OSPEP u Hospital Público de autogestión, confeccionado y firmado por Médico Diabetólogo, Endocrinológico o Nutricionista o Médico Clínico o Pediatra con certificación de título de especialista dando respuesta a la información solicitada en el Anexo 1 .

2) Laboratorio y exámenes complementarios según el detalle expuesto en el **Anexo 2.** Los mismo serán requerido con la periodicidad que esta Obra Social considere necesario.

3) Detalle de la medicación indicada, solicitada con **denominación genérica, forma farmacéutica, dosis y consumo total mensual. Anexo 3**

4)especto de los insumos necesarios para el tratamiento, los mismo deberán ser solicitados según el detalle y cantidad indicados en el Anexo 4

Lautaro 34 – Flores -
(1406) Capital Federal

Tel/Fax: 4957-1800/3100/1177/7728

5) Se informa también acerca de las circunstancias o incumplimientos, que pueden producir la cancelación de los beneficios otorgados. Ver los mismos en el Anexo 5.

ANEXO 1
ANEXO 2
ANEXO 3
ANEXO 4
ANEX0 5

Lautaro 34 – Flores -
(1406) Capital Federal

Tel/Fax: 4957-1800/3100/1177/7728

23518778 **OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS**

ANEXO 1 MODELO DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE POERSONA CON DIABETES

1 DATOS FILIATORIOS

- Apellido y nombre .....
- Edad Sexo DNI Telefoneo domicilio
- Tipo de diabetes: Tipo I..... Tipo II..... Gestacional..... Otros tipos
- Años de antigüedad .....
- Antecedentes familiares de diabetes.

2 DATOS ANTROPOMETRICOS

- Peso
- Talla
- IMC
- CC

3 COMPLICACIONES

- **Presenta hipoglucemias? Si--- No.... Si la respuesta es SI Aclarar: Grado: Leve.... Moderada.... Con perdida de conocimiento..... frecuencia semanal de los episodios**

- **Tiene retinopatía: Si-..... No..... Detalle**

- **Nefropatia: Si..... No..... Detalle.....**

- **Lesiones en los pies SI..... No..... Cuales.**

Lautaro 34 – Flores -
(1406) Capital Federal

Tel/Fax: 4957-1800/3100/1177/7728

ANEXO 2 LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Hb A 1 (Hemoglobina glicosilada) Últimos dos valores con fecha de realización.

- Glucemia en ayuna últimos dos valores con fecha de realización.

- Fondo de ojo.. Detalle y lugar de realización

- Función Renal con fecha de realización y resultados de: Creatinina..... Urea..... Clearence de creatinina..... microalbuminuria.....

- Examen del pie. Lugar de realización fecha, exámenes realizados y resultados.

ANEXO 3 MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

ANEXO 4: DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

FARMACO	DOSIS	MG/DIA	ANTIGUEDAD
Metformina			
Glibenclamida			
Glicazida			
Insulina NPH			
Glicazida			
Insulina NPH			
Insulina corriente			
Otros *(agujas-tiras-lancetas u otra med. No especificada)*			

ANEXO 5 CAUSAS DE CANCELACION DEL BENEFICIO

1. Renuncia del titular del beneficio
2. Radicación del beneficiario fuera del país
3. Abandono del control médico periódico regular **(cada 3 meses)**
4. Incompatibilidad con otros beneficios

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS

Por la presente dejo constancia que estando acompañado/a por una persona de mi confianza, se me ha explicado en forma detallada y suficiente, con un lenguaje entendible, todo lo concerniente acerca de mi diagnostico y estado de la enfermedad, las características, finalidades y método de tratamiento propuesto, aconsejable en mi caso, conociendo también por la información que recibo los posibles efectos secundarios.

También se me ha informado sobre los beneficios esperables y/o potenciales del tratamiento, no se me ha garantizado resultado terapéutico alguno.

Yo entiendo que puedo desistir en cualquier momento y bajo mi exclusiva responsabilidad del tratamiento recomendado.

He podido plantear y se me ha respondido explícitamente, en lenguaje entendible, las dudas que tenia sobre mi enfermedad y sobre el tratamiento sugerido, sin perjuicio de los cuales todos los datos científicos, técnicos y administrativos adicionales que considere necesarios estarán a mi disposición.

En suma y con pleno conocimiento de la situación declaro aceptar libremente la terapia indicada por el Dr./a....., medico/a especialista en ....., para mi enfermedad.

En prueba de ello suscribo el presente consentimiento, del cual recibo una copia, en la Ciudad de..... a los.....días del mes de.....del año.....-

Firma Paciente	Firma Medico Tratante	Firma Representante
Aclaración		Aclaración
Tipo y Nº documento	Sello y Matricula	Tipo y nº de documento

23518778 OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS

A) MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS:

Medicamentos/insumos básicos	Cantidad de referencia (1) y descripción del insumo.	
1)COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON INSULINAS	TRATAMIENTO NO INTENSIFICADO SOLO O COMBINADO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES	TRATAMIENTO INTENSIFICADO*
• INSULINAS	– Concentración de: U 100, 80 y 40 – Origen • *Bovinos, porcinos y humanos*: regular, NPH, lenta, premezclas y ultralenta. Según prescripción médica • *Análogos de la insulina*: a) rápidos: Lispro, Aspártica, Glulisina. b) de acción prolongada: Detemir/Glargina. c) premezclas Según prescripción especializada**	
• Jeringas descartables para insulina	100 anuales	200 anuales
	La graduación se establece en diferentes unidades: U 40, U 80 o U 100 (unidades)	
• Agujas descartables p/uso subcutáneo	150 anuales	200 anuales
• Lancetas descartables para punción digital	100 anuales	200 anuales
• Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico (AMG)	400 anuales	1500 anuales
		1800 anuales Situaciones especiales(***)
• Tiras reactivas para acetona en sangre y orina	50 anuales	
• Tiras reactivas para glucosa en orina	100 anuales	
• Bomba de infusión continua para insulina y sus insumos descartables ****	Según prescripción médica especializada**	

2) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES: Biguanidas y Sulfonamidas, urea derivados	Biguanidas: clorhidrato de metformina Según prescripción médica.	Sulfonamidas, urea derivados: glibenclamida – glipizida – glimepirida Según prescripción médica.
• Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre	50 anuales	100 anuales
• Lancetas descartables para punción digital	50 anuales	

REFLECTÓMETRO PARA LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE	1 cada 2 años. Todas las personas con diabetes.

O.S.P.E.P

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS
RNOS 1-1390-8

Bs. As. 06 de enero de 2017

Por la presente se informa a los afiliados que a partir del 01 de enero del corriente año se ajustará la provisión de medicación para Diabetes, estrictamente a lo que indica la Resolución 1156/14 SSS.

Atte AUDITORIA MEDICA OSPÈP

Firma:

Aclaracion:

DNI: