

San Juan, 18 de octubre de 2019.

VISTO:

Los Expedientes N°143290/19,121265/19,144511/19 y 146409/19 en los cuales se solicita ampliación de cobertura para el sistema de monitoreo de glucosa FREE STYLE y,

CONSIDERANDO:

Que Dirección Médica sugiere aumentar la cobertura establecida por Res.N°19/18 CD para afiliados tipo I, a afiliados de 17 a 21 años, con cobertura del 50% por DAMSU, y desde los 22 años en adelante, con cobertura del 30%, como material descartable.

Que la prestación aludida no se encuentra incluida en el PMO y tampoco surge su cobertura de leyes especiales, específicamente de la Ley 23.753 (modificada por Ley 26.914), llamada Ley de Diabetes.

Que conforme lo dispone el art.20° inc. g del Estatuto de DAMSU San Juan ,es facultad del Consejo Directivo "... Ordenar el régimen de prestaciones arancelarias y la fijación de aranceles, implantar nuevos servicios y beneficios, inclusive el de farmacia propia, clínicas y/o sanatorios por cuenta propia o terceros, turismo social y ampliar, modificar o suprimir los existentes."

Que fue tratado en sesión de Consejo Directivo del 17 de octubre de 2019, Acta N° 1352, y aprobado por unanimidad.

Por ello, en uso de sus atribuciones

EL CONSEJO DIRECTIVO DE D.A.M.S.U. - SAN JUAN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Aprobar la ampliación de cobertura del Sistema de Monitoreo de Glucosa Free Style, previa Auditoría Médica, en los siguientes pacientes: Diabetes tipo I, afiliados de 17 a 21 años inclusive cobertura 50% por D.A.M.S.U. y desde 22 años en adelante, cobertura 30% como material descartable.



ARTÍCULO 2º: Adjuntar a la presente resolución el Anexo en el que figuran los requisitos solicitados por Dirección y Auditoría Médica para la cobertura de Free Style.

ARTÍCULO 3º: Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCIÓN N° 89/19-C.D. – D.A.M.S.U. SAN JUAN.-



MAGDALENA ARRÓN
Secretaria Consejo Directivo
D.A.M.S.U. SAN JUAN



ALFREDO RUSSO
Presidente Consejo Directivo
D.A.M.S.U. SAN JUAN

ANEXO 1

Criterios de inclusión para cobertura del Sistema de Monitoreo de Glucosa Free Style Libre según Resolución 423/2018-APN-SGS-MSYDS Anexo I en Normas de Provisión de Medicamentos e insumos para personas con Diabetes Mellitus (DBT).

1. Empadronamiento actualizado para diabetes Mellitus Tipo 1.
2. Tratamiento Intensificado: todo Afiliado que justifique la administración de insulina basal (NPH dos o tres veces al día, insulina Detemir dos veces al día o insulina Glargina/Degludec, una vez al día), más insulina adicional de acción rápida en relación a las ingestas (insulina regular o análogos rápidos), o bomba de infusión continua subcutánea que no cuente con sistema de monitoreo.
3. El tratamiento intensificado será indicado por médico especializado.
4. Todo DBT tipo 1 que realice más de cuatro controles diarios.

Para la gestión el afiliado deberá iniciar trámite bajo expediente debiendo adjuntar:

1. Prescripción médica del dispositivo.
2. Historia Clínica donde conste tipo de DBT, tipo y dosis de insulina en uso diario.
3. Últimas 2 (dos) hemoglobina glicosilada (HbA1c).
4. Concurrir con equipo de control glucémico y/o libreta de registros diarios.



MAGDALENA ARRÓN
Secretaria Consejo Directivo
D.A.M.S.U. SAN JUAN



ALFREDO RUSSO
Presidente Consejo Directivo
D.A.M.S.U. SAN JUAN