

DECLARACIÓN JURADA

Región _____ Delegación _____

CORRESPONSALIA DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____ N° Afiliado/a _____

Fecha de Nacimiento _____ Tipo y N° _____

CUIT/CUIL _____ Sexo F M X Edad _____

Vive Solo/a SI NO

Nacionalidad _____

Domicilio _____ Localidad _____

Teléfonos _____

Estado Civil Soltero/a Casado/a Unido/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Propietario SI NO Alquila SI NO

Discap.(CUD) SI NO

Jubilación SI NO Pensión SI NO

Monto Ingreso \$ _____ Otros Ingresos \$ _____ Monto \$ _____

Egresos Fijos \$ _____ Monto Disponible \$ _____

Nombre de los Medicamentos _____

Costo \$ _____ Porcentaje sobre sus Ingresos % _____

OBSERVACIONES

FAMILIARES A CARGO

APELLIDO Y NOMBRE _____

Vínculo _____ Edad _____

Discap. SI NO

Jubilación, Pensión SI NO

Cobertura Social _____

Afirmo que los datos consignados precedentemente son fidedignos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear referencia alguna que deba contener, siendo expresión de verdad. Declaro conocer que si se incurriere en estos hechos podrá rechazarse mi solicitud o revocarse la prestación otorgada, ello sin perjuicio de las acciones legales que el IOMA pueda iniciar por daño sufrido.

Firma del/la Afiliado/a _____

Nombre y Apellido _____

DNI _____

LUGAR Y FECHA de la D.D.J.: _____

Vista la Resolución _____

Que aprueba los criterios para otorgar mayor cobertura de medicamentos contemplados en el Formulario Terapéutico (FTP) y para aquellos que tramitan por vía de excepción.

Que la misma aprueba la autorización por reglas de validación para la cobertura de los tratamientos prescritos por los profesionales médicos tratantes.

Que el objetivo principal es facilitar la accesibilidad a las y los afiliados de mayor vulnerabilidad a las prestaciones de medicamentos.

Que asimismo tiene como objetivo fundamental establecer normativas y procedimientos tendientes a lograr la eficiencia, oportunidad y accesibilidad de medicamentos a las y los afiliados.

Que en este sentido resulta menester mantener criterios de equidad en la asignación de mayor cobertura.

Que la ampliación de la cobertura estará sujeta a la fórmula de monto fijo actualizada con el 100% o 70% según corresponda y en relación a los criterios que se establecen en el Anexo _____

ANEXO I

Criterios de evaluación de mayor cobertura

Podrán solicitar el beneficio del otorgamiento de un porcentaje de mayor cobertura los afiliados que cumplan con las condiciones y requerimientos que a continuación se describen. Podrán ser beneficiarios del otorgamiento de mayor cobertura:

- **Aquellos/as afiliados/as beneficiarios/as de pensiones graciables.** En estos supuestos podrán acceder al beneficio en forma inmediata y/o automática dependiendo de su situación de empadronamiento.
- **Aquellos/as afiliados/as con discapacidad para productos médicos (medicamentos y/o insumos) relacionados con su discapacidad.** Los beneficiarios podrán acceder al beneficio en forma inmediata y/o automática dependiendo de su situación de empadronamiento.
- **Aquellos/as afiliados/as que presenten a los grupos de patologías cuya definición por normativas vigentes determinen la integralidad de la cobertura** (cuyas medicaciones están predefinidas como relacionadas a la patología) a saber: Receptores de Trasplantes, Fibrosis Quística, Diabetes, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de N. Pick, Enfermedad de Fabry, Neurofibromatosis, Lupus Eritematoso Sistémico, Amiloidosis cardiaca, Atrofia muscular Espinal, Enfermedad de Duchenne, Enfermedad de Becker, Epilepsia refractaria, Esquizofrenia, VIH.
- **Aquellos/as afiliados/as que tengan la cobertura de integralidad,** Ley de Género 26.743, Ley Ángel Azul 15.218 y toda legislación que reconozca derechos específicos de cobertura integral.
- **Aquellos afiliados/as que de acuerdo a la evaluación según la Declaración Jurada de vulnerabilidad:** criterios de equidad en el otorgamiento de coberturas de medicamentos, mediante el establecimiento de ampliaciones de cobertura para situaciones específicas por razones sociales:
 - a. Las personas afiliadas cuyo ingreso por salario o jubilación o pensión por el cual se tiene la afiliación (salvo que el afiliado titular sea voluntario que deberá acompañar el recibo de haberes, jubilación o pensión), sea **igual o menor a un Salario Mínimo Móvil** correspondiente a la jornada ordinaria de la ley 11544, y carezcan de otro ingreso familiar, tendrán acceso a la ampliación de cobertura del 100% por razones sociales mediante la presentación de recibo de haberes y "Declaración Jurada" que obra en Anexo.
 - b. Las personas afiliadas cuyos ingresos no cumplan la condición indicada y superen el límite establecido en el punto A. pero el precio los medicamentos a cubrir (tomando como referencia el gasto de bolsillo correspondiente a la mediana del valor de las presentaciones comerciales disponible de cada prescripción) implique un 10% o más de los ingresos. En este caso la ampliación será entre un 70% y 100%
 - c. Las personas afiliadas cuyos ingresos superen el límite establecido sin que el precio de los medicamentos a cubrir (tomando como referencia el gasto de bolsillo correspondiente a la mediana del valor de las presentaciones comerciales disponible de cada prescripción) implique un 10% o más de los ingresos, podrán tener acceso a una ampliación de entre 70% y 100%, debiéndose realizar Informe Técnico Circunstanciado y/o Informe Socio-ambiental que refleja en forma circunstanciada la situación planteada por el solicitante, previo al otorgamiento de la misma.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2024 - Año del 75° Aniversario de la gratuidad universitaria en la República Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2024-17871700- -GDEBA-DEDRDYAIOMA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.