

COBERTURA DE LECHES MEDICAMENTOSAS PARA RECIEN NACIDOS

Por disposición de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo que supervisa a las Obras Sociales Sindicales, con el fin de concientizar la lactancia materna acorde a la Ley 26.873, no se cubren leches maternizadas u de otro tipo, salvo expresa indicación Médica y con aprobación de la auditoría médica. La cobertura de leches durante los primeros 6 meses de vida se encuentra cubierta solo bajo expresa indicación médica, por patología del niño debido a lo cual no puedan ser alimentados con leche materna o con leche maternizada (bajo peso, prematurez, alergias específicas a las leches que se les administran habitualmente, enfermedades discapacitantes asociadas, etc.) quedando está a consideración de Auditoría Médica. En ningún caso corresponde la cobertura por motivos maternos como hipogalactia, razones laborales, etc. Tampoco tienen cobertura las leches de venta libre que se venden en supermercados, almacenes o kioscos del tipo de las marcas comerciales Sancor Bebé, la Serenísima Bebé u otras similares. En caso de requerir la provisión de leches que cumplan estas condiciones deberán presentar resumen de historia clínica amplio con evolución y requerimiento diario (tipo y cantidad de leche) necesaria para un mes de tratamiento, algunos requisitos podrán variar acorde a la patología y completar el siguiente formulario.

Apellido y nombre: _____
N° de afiliado: _____
Teléfono particular: _____
Teléfono móvil: _____
E-mail: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____
Edad gestacional: _____
Peso y talla al nacer: _____

SÍNTOMAS

GRAVES

Edema de Glotis Anafilaxia Angiodema Coloproctitis

OTROS

Enteropatía perdedora de proteínas	<input type="checkbox"/>	Bronquitis obstructiva recurrente (BOR)	<input type="checkbox"/>
Malabsorción	<input type="checkbox"/>	Laringitis	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	Eosinofilia	<input type="checkbox"/>
Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Retardo de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Hipoalbuminemia	<input type="checkbox"/>

RESULTADOS DE ESTUDIOS (SI CORRESPONDE, NO EXCLUYENTE)

IgE patológica: _____

RAST leche RAST lactoalbúmina RAST caseína RAST lactoglobulina

Pruebas cutáneas patológicas: _____

Biopsia: _____

Fecha de prueba desafío patológica: _____ Fecha de nueva prueba desafío: _____

TRATAMIENTO PREVIO PARA LA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Hidrolizados extensos	<input type="checkbox"/>
Dieta de exclusión	<input type="checkbox"/>	Soja	<input type="checkbox"/>
Hidrolizados parciales	<input type="checkbox"/>	Aminoácidos	<input type="checkbox"/>

DATOS PARA EL PEDIDO

PRODUCTO SOLICITADO

Peso actual: _____

Consumo: _____ ml/biberón - taza

Biberones – taza/día: _____

Total de latas mensuales: _____ de _____ mg

Tiempo estimado de tratamiento: _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombre: _____

Telefono de contacto: _____

Matricula Nacional N° _____ Matricula Provincial N° _____

Provincia: _____

Número de prestador: _____ Email: _____

Firma y sello del médico tratante

Firma del afiliado titular /madre /padre o tutor

Lugar y fecha de presentación: _____