

COBERTURA DE LECHES MEDICAMENTOSAS PARA RECIEN NACIDOS

Por disposición de la **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, organismo encargado de supervisar las Obras Sociales Sindicales, se informa que, según Ley vigente, se establecen las siguientes normas en relación a la cobertura de leches:

- No se cubrirán leches maternizadas ni de otro tipo.
- Se cubrirán únicamente las leches **Medicamentosas**, en casos de patología diagnosticada, siempre y cuando se presenten estudios y laboratorios que lo justifiquen, así como las enfermedades discapacitantes asociadas.
- Esta cobertura estará sujeta a la evaluación de la **Auditoría Médica**.

Es importante destacar que:

- No se cubrirán situaciones relacionadas con motivos maternos, como hipogalactia o razones laborales.
- No se cubrirán las leches de venta libre disponibles en supermercados, almacenes o kioscos.

Para solicitar la provisión de leches que cumplan con estas condiciones, deberán presentar un **resumen de la historia clínica** detallado, que incluya la evolución y el requerimiento diario (tipo y cantidad de leche) necesaria para un mes de tratamiento, así como también los estudios y laboratorios que avalen dicho resumen. Algunos requisitos podrán variar según la patología.

Además, será necesario 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: _____

Teléfono 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: _____