

SAN JUAN, 22 DE NOVIEMBRE DE 2012

-RESOLUCIÓN Nº 19/12 CD-

VISTO:

Lo decidido por el Consejo Directivo en Sesión del 01 de Noviembre de 2012, Acta Nº 1151, respecto de la Cobertura de Leches Especiales.

CONSIDERANDO:

Que, la intolerancia a la LACTOSA y/o a la CASEINA, es detectable, en la actualidad en una importante cantidad de niños.

Que, en la referida reunión se consideraron dos casos de afiliados, con hijos que padecen intolerancia a la leche común, y que solicitan cobertura para el alimento especial.

Que, D.A.M.S.U. SAN JUAN, desde el año 2004, decidió la cobertura para la Leche Kas 1.000 (Resolución 33/04 CD-), y a partir del año 2008 reglamentó también a la denominada Nutrilón, sólo hasta el primer año de vida.

Que el Director Médico, mediante presentación Nº 4145/12, ha efectuado propuesta para ampliar el rango de edades en la cobertura de los alimentos libres de lactosa y/o caseína.

POR ELLO, HACIENDO USO DE SUS ATRIBUCIONES,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE

DAMSU-SAN JUAN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º: Establecer a partir del 01 de DICIEMBRE DE 2012, cobertura del 50%, con afectación a D.A.M.S.U. SAN JUAN, para el **Alimento libre de lactosa y/o caseína** (KAS 1000, NUTRILON, u otro de similares características).

ARTÍCULO 2º: Apruébanse, las condiciones o requisitos, para acceder al beneficio determinado en el Artículo 1º, los que se incorporan como ANEXO I. de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3º: La presente Resolución se incorpora al Reglamento General, Anexo II., (a continuación de Plan Materno)

ARTÍCULO 4º: Comuníquese a quien corresponda, y archívese

-RESOLUCIÓN Nº 19/12 CD-

ANEXO I.

DE LOS CONDICIONANTES Y/O REQUISITOS

PARA LA COBERTURA DE ALIMENTO

PARA NIÑOS CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA Y/O A LA CASEÍNA

-RESOLUCIÓN Nº 19/12 CD-

DESTINATARIOS:	
AFILIADOS ENTRE 1 AÑO, Y 3 AÑOS, 11 MESES y 29 DÍAS DE VIDA	
COBERTURA: del 50%	<ul style="list-style-type: none">○ Afectación: A D.A.M.S.U. SAN JUAN○ Provisión: Únicamente en Farmacia de la Obra Social.
TOPE MENSUAL:	<ul style="list-style-type: none">○ Hasta 5 (cinco) envases x 400 grs
REQUISITOS A CUMPLIR POR EL AFILIADO:	<ul style="list-style-type: none">○ Nota del Afiliado Titular solicitando el Beneficio.○ Certificado que acredite la patología, y○ Prescripción, ambos del médico tratante○ Autorización por parte de Auditoría / Dirección Médica