

Sindicato de Luz y Fuerza de Mercedes **Buenos Aires.**

Afiliado a la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza
“uno para todos y todos para uno”

Circular Nro. 036 / 2017.

Mercedes, 12 de Septiembre de 2017

Cro. Secretario
Seccional

Ref: PLAN MATERNO INFANTIL

Transcribimos a continuación Circular Nro.14 Ej 2017 de nuestra OSFATLYF, en referencia a : **COBERTURA EN LECHEs – PLAN MATERNO INFANTIL**

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos al Compañero Secretario General y por su intermedio a los demás miembros de la Comisión Directiva, con relación a la cobertura en leches que brindará la OSFATLYF dentro del Plan Materno Infantil.-

Considera la **Organización Mundial de la Salud** que es la **lactancia materna la mejor forma de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo sustentables.**

En consecuencia y con el objetivo de fomentar la lactancia materna, la OSFATLYF únicamente brindará cobertura en leches maternizadas en los casos en que el médico lo indique y justifique, todo ello sujeto a evaluación de la Auditoría Médica de la OSFATLYF.-

Para los casos que excepcionalmente se autorice dicha cobertura la misma será de 4 kilos de leche en polvo por mes, durante los primeros tres (3) meses de vida, quedando exentas de cobertura las leches listas para usar.-

En lo que respecta a Leches medicamentosas, y encontrándose vigente la Ley 27.305, se brindará la cobertura integral de leches especiales en patologías que registren alergia a la proteína de la leche vacuna (APLV), incluyéndose también aquellos que posean desordenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas.-

La cobertura en leches medicamentosas corresponderá a cualquier beneficiario sin límite de edad que presente la correspondiente prescripción médica, justificada

Formulario para leches maternizadas y medicamentosas.



Nombre y Apellido del Afiliado:

Numero de afiliado:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Teléfono de contacto de los padres del Afiliado:

Medico Tratante:

Resumen de Historia Clínica: Descripción del cuadro clínico actual y diagnostico.

Evaluación Nutricional:

Parámetros Antropométricos Obligatorios:

Peso de Nacimiento :

Peso Actual:

Talla:

Perímetro cefálico:

IMC:

Adjuntar Análisis clínicos o estudios complementarios en caso de leches medicamentosas

Requerimientos Nutricionales (solo llenar en caso de utilización de leche medicamentosa)

% del VCT a cubrir con la leche:

Tiempo estimado de consumo:

Alimentación complementaria:

Producto Solicitado: (llenar tanto para leches maternizadas como medicamentosas)

Nombre comercial:

Presentación:

Dosis diaria:

Lugar y fecha:

Firma y sello del medico:

Nota: Los datos deben estar completos y en letra legible para evitar demoras

por médico especialista. Reservándose el derecho la OSFATLYF de solicitar estudios complementarios a los ya realizados para su aprobación definitiva.-

A continuación se detallan los requerimientos administrativos para obtener la cobertura de cada tipo de leche incluida en la presente circular:

A) LECHES MATERNIZADAS

- 1) Realizar carga mensual adjuntando formulario de leches y receta vigente.
- 2) No realizar cargas con presentaciones tipo "brick".-

La provisión se realizará a través de las farmacias contratadas, contra entrega de voucher que deberá solicitar el beneficiario en la Delegación de la Obra Social a la cual pertenezca,-


B) LECHES MEDICAMENTOSAS

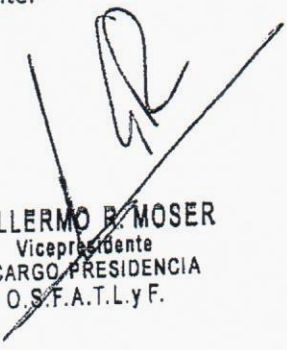
- 1) Realizar carga mensual adjuntando receta médica vigente con diagnóstico, firma y sello del médico especialista;
- 2) La receta debe contener cantidad necesaria para cubrir un mes de tratamiento;
- 3) Formulario de alimentación – anexo I-;
- 4) Documentación complementaria que certifique el diagnóstico del afiliado (estudios, análisis).

La provisión se realizará desde la sede central, en consecuencia no se aceptarán solicitudes de reintegro por las mencionadas leches.-

Agradeciendo una vez más su estimada colaboración y compromiso para que juntos mejoremos día a día la calidad de asistencia médica para los beneficiarios de ésta OSFATLYF, solicitamos la implementación de la presente circular a partir de su recepción, quedando a su disposición para las aclaraciones que estimen necesarias.-

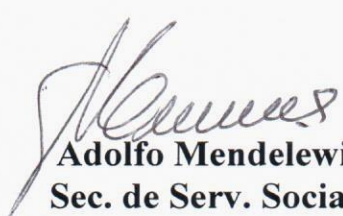
Sin otro particular saludamos a Ud. muy atentamente.-


HERNAN M. VITTON
Secretario Servicios Sociales
O.S.F.A.T.L. y F.


GUILLERMO B. MOSER
Vicepresidente
A CARGO PRESIDENCIA
O.S.F.A.T.L.y F.

Sin otro particular, aprovechamos la la oportunidad para saludarlos Atte.

**POR EL SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES
BUENOS AIRES**


Adolfo Mendelewicz
Sec. de Serv. Sociales


Guillermo Moser
Sec. General