Descripción: LOGO APM jpg

**Plan Materno Infantil**

Este plan abarca la cobertura para la mamá durante el embarazo y el parto, a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento y la atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad (si se afilia a la OS).

**Cobertura para la madre**

Los medicamentos exclusivamente relacionados e inherentes al embarazo y el parto tendrán cobertura al 100%.

Las cremas de uso dermatológico tendrán cobertura de un envase mensual. No están contemplados protectores solares. (Desde el 4 mes)

El PMI para la madre se extiende, hasta 30 días posteriores al parto y al RN de no afiliarse. Si realiza afiliación: es hasta cumplir el año.  
  
Para cubrir un medicamento deben cumplirse dos requisitos que se desprenden de la legislación: el primero que el medicamento prescripto, sea inherente al embarazo. Se entiende por inherente a que la condición que origina la necesidad de medicación tenga un vínculo directo con el estado de embarazo. El segundo es que ese medicamento esté en el listado de medicamentos del formulario terapéutico de la Resolución 310/04, que modificó la Resolución 201/02, que aprobó el Programa Médico Obligatorio.

**Cobertura para el hijo**

**Medicamentos**:  
La cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida se dará siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales (P.M.O.- Programa Medico Obligatorio según Decreto 492/95 y la Resolución 201/02 dictadas por el Ministerio de Salud).  
  
**Vacunas**:  
El PMI incluye la cobertura al 100% de las vacunas del calendario oficial en forma gratuita en todos los centros de vacunación oficiales.

**Leches**:  
La cobertura se evaluará a partir **del tercer mes de vida** para fomentar la lactancia

La provisión se hará en las **cantidades y por los períodos determinados por la auditoría médica**, considerando los principios solidarios de la Obra Social, sin que esto implique la exigencia como cobertura dentro del PMI, dado que no estamos ante un medicamento, siendo la **alimentación del niño** una obligación a cargo de los padres (conf .Art s. 264 y ss. Código Civil de la Nación)

Para gestionar la autorización debe:

Presentar el pedido médico con el detalle del producto y el diagnóstico en el formulario correspondiente.

**SOLICITUD DE COBERTURA DE LECHES POR PMI**

**Apellido y Nombre:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Nro. Afiliado:**

**(Los siguientes datos serán provistos por el PEDIATRA DE CABECERA TRATANTE.**

**Se ruega completar todos los apartados.)**

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE:**

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:**

**EDAD MATERNA:**

**CAPACITACION PRE-NATAL PARA LA LACTANCIA: si: no:**

**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:**

**PESO: TALLA: PC:**

**DIAGNOSTICOS:**

* **Hipogalactie materna**
* **Patología mamaria**
* **Reflujo Gastroesofágico**
* **Ingesta materna necesaria de**
* **Medicamentos contraindicados durante la lactancia**
* **Alergia a la proteína de leche de vaca**
* **Enfermedad materno infecto-contagiosa**
* **Sme genético**
* **Intolerancia a la lactosa**
* **Enfermedad Neurológica**

**PLAN DE TRATAMIENTO: (30 dias)**

**Leche Prescripta:**

**ML por biberón:**

**Cantidad de tomas día:**

**Cantidad prescripta:**

**MEDICO TRATANTE:**

**M.P NRO:**

**TE DE CONTACTO:**