

## **PLAN INFANTIL OBRA SOCIAL DASPU**

### **Cobertura del PLAN INFANTIL DASPU**

*Destinado al control y seguimiento del niño sano entre los 0 y 24 meses de edad.*

#### **CONSULTAS TOTALES DEL PLAN : 17.**

- **PRIMER MES de Vida:** 3 consultas al 100% con el médico prestador
- **SEGUNDO MES de Vida hasta el AÑO:** 1 consulta por mes al 100%
- **A LOS DIECISEIS MESES de Vida:** 1 consulta al 100%
- **A LOS VEINTE MESES de Vida:** 1 consulta al 100%
- **A LOS VEINTICUATRO MESES de Vida:** 1 consulta al 100%
- **CONTROL DE BILIRRUBINA:** dos análisis de control dentro del primer mes de vida
- **LECHE EN POLVO:** 2 (DOS) kg por mes, hasta el noveno mes. Deben ser prescriptas por el Médico Pediatra, en un R/P médico y retiradas en las Farmacias de DASPU (Central, Cerro, Cofico, Maternidad). En caso de requerir LECHE ESPECIAL, se debe adjuntar al pedido médico, un Certificado Médico otorgado por el Médico Pediatra, que justifique tal pedido, debiendo ser AUTORIZADO previamente por el Médico Auditor de la Obra Social DASPU.
- **MEDICAMENTOS:** los medicamentos detallados en el listado adjunto, deben ser prescriptos en un R/P médico, el cual debe incluir nombre, apellido, número de afiliado, firma, sello y fecha de la prescripción; de esta manera se otorgará el 100% de cobertura de dichos medicamentos.
- **FECHA DE VENCIMIENTO DEL PEDIDO:** el pedido vencerá a los 15 días de ser prescripto por el médico.
- **ESTUDIO DE DE OTOEMISIONES ACUSTICAS SCREENING:** en los 3 (tres) primeros meses de vida, código 31.01.26, prestación en el plan de Detección de Hipóacusis, se realiza en la Maternidad Nacional de la UNC en el área de Neonatología, (Resolución CD N° 334/08)

**CODIGO CONSULTAS DE PLAN 420110**

(informar a las secretarias que carguen las consultas con ese código)

## MEDICAMENTOS CUBIERTOS AL 100%

### PLAN INFANTIL

**VITAMINA A-D-C- o POLIVITAMINICOS:** cubre los 3 primeros meses

(1 frasco cada 30 días)

Nombres Comerciales: RAQUIFEROL \*\*\* OSTELIN POTENCIA \*\*\*  
RAQUIFEROL BC \*\*\* SUPRADYN GOTAS \*\*\*  
TANVIMIL D \*\*\* DAYAMINERAL \*\*\*  
TANVIMIL ACD \*\*\*

**HIERRO:** cubre desde el 2º hasta el 6º mes

(1 frasco gotero cada 30 días)

Nombres Comerciales: FACTOFER \*\*\*  
IBEROL \*\*\*

**SIMETICONA:** cubre del 1º al 6º mes

(2 frascos/mes)

Nombre Comercial: FACTOR AG pediátrico gotas \*\*\*  
SIMECON \*\*\*

**LINIMENTO OLEO CALCAREO:** cubre del 1º al 6º mes

(cubre 2 frascos de 250cc cada 30 días)

\*\*\* Nombres comerciales vigentes a la fecha, pueden ser reemplazados por otros equivalentes según existencia en Farmacia Daspu.

### LECHES - COBERTURA AL 100% PLAN INFANTIL

**MATERNIZADAS:** cubre desde el 1º al 3º mes de vida, hasta 2kg por mes

Nombres Comerciales: ENFABEBE 1 \*\*\*  
SANCOR BEBE 1 \*\*\*

**ENTERAS:** cubre desde el 4º al 9º mes, hasta 2 kg por mes

Nombres Comerciales: SANCOR BEBE 2  
ENFA BEBE 2

**ESPECIALES:**

**Nombres Comerciales \*\*\***

DESLACTOSADAS: ENFA BEBE S/L \*\*\*

HIPOALERGENICAS: NUTRAMIGEN KAS 1000 \*\*\*  
ENFABEBE CONFORT \*\*\*

\*\*\* Nombres comerciales vigentes a la fecha, pueden ser reemplazados por otros equivalentes según existencia en Farmacia Daspu.