

PROGRAMA MATERNO INFANTIL - COBERTURA CONTROL POST-NATAL (PARA EL NIÑO HASTA LOS 2 AÑOS)

DURACIÓN 2 AÑOS

Prestaciones Autorizadas

Tipo de control: CONSULTAS MÉDICAS

Prestación	Cantidad Total	Frecuencia Uso Cant./días
01-00420101-00 CONSULTA EN CONSULTORIO DIURNA	15	11 prestaciones cada 365 día/s

Tipo de control: PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS

Prestación	Cantidad Total	Frecuencia Uso Cant./días
03-00000475-00 HEMOGRAMA	2	1 prestación cada 365 día/s
03-00000711-00 ORINA COMPLETA	1	1 prestación cada 365 día/s
03-00000736-00 PARASITOLÓGICO DE MATERIA FECAL SERIADO	1	1 prestación cada 730 día/s

LECHE POST-NATAL:

- ◆ LECHE NIDINA 2 Fórmula Infantil. Del 7° mes al año de edad del bebé le corresponden 3 envases grandes de leche por mes.
- ◆ LECHE NIDO 3 PREBIO: luego del año de vida del bebé le corresponde 1 envase grande de leche entera por mes hasta que el niño cumpla los dos años de edad.
- ◆ La provisión se hará por las Farmacias Privadas de la Provincia, presentando DNI del niño y carnet.